

Főszerkesztő:
Ungváry György

Szerkesztőbizottság:
Balogh Katalin
Bereczki Edit
Groszmann Mária
Grónai Éva
Kornis Pál
Kovács Attila
Kudász Ferenc
Lászlóffy Marianna
Lesfalvi Tibor
Morvai Veronika
Madarász Gyula
Nagy Imre
Nagy Károly

Technikai szerkesztőség:
Technikai szerkesztő
Nagy Sarolta
Téglásné Bácsi Mária
Adminisztrációs vezető:
Juhász Lászlóné

Kiadja:
Országos Tisztifőorvosi
Hivatal

Felelős kiadó:
Szentés Tamás
országos tisztifőorvos

A szerkesztőség telefonszáma:
06 (1) 459-3051
E-mail: titkarsag@omfi.hu
Cím: 1096 Budapest
Nagyvárad tér 2.

Postacím:
1437 Budapest Postafiók 839.

Megjelenik negyedévenként

Előkészítés:
Országos Tisztifőorvosi
Hivatal

Nyomás:
Duna-Mix Kft.

ISSN 1417-1015

FOGLALKOZÁS- EGÉSZSÉGÜGY

TUDOMÁNYOS ÉS TOVÁBBKÉPZŐ FOLYÓIRAT

21. ÉVFOLYAM – 2017. 1. SZÁM

TARTALOM

Köszöntők	2
Eredeti közlemények	
A munkanélküliség egészségkárosító hatásáról, etiológiájáról az Ózdi Kistérségben élő magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi helyzetének és egészségi állapotának elemzése alapján Dr.Hegedűs Ibolya Doktori tézisek	7
Szakmai, szakmapolitikai tájékoztatás	
Tájékoztatás a Munkavédelmi Bizottság 2016.december12-i üléséről Együttműködés a munkahelyek biztonságáért Dr. Lesfalvi Tibor	23 24
Esetismertetés	
A metilizotiazolon (MI) allergia által okozott foglalkozási bőrbetegségek, esetismertetések 2010-2015. között, az MI allergia foglalkozás-egészségügyi vonatkozásai	26
Folyóiratreferátumok	29
Hírek, Programok	
Az UEMS Foglalkozás-egészségügyi tagozatának 2016. október 28-29-i találkozója Budapesten CEJOEM 2016 év 3-4 szám tartalma Kossuth Zsuzsanna emlékév , - Magyar Ápolási Egyesület rendezésében	37 40 41
Jogszabályokról	42
Foglalkozás-egészségügy a bírósági ítélezés tükrében	51

Morvai Veronika professzor
75 éves
Boldog születésnapot kívánunk!

Köszöntés a belgyógyász közösség és a Semmelweis
Egyetem II. Belgyógyászati Klinika munkatársai
nevében

A hazai belgyógyász társadalom szeretettel köszönti Dr. Morvai Veronika professzor asszonyt a jeles évforduló alkalmából. Morvai professzor asszony egész szakmai pályafutása a belgyógyászathoz és ezen belül a Semmelweis Egyetemhez kötődik. Ezen az egyetemen szerzett kitüntetéssel diplomát 1966-ban és pályafutása során végig az egyetem polgáraként szolgálta a betegek és a belgyógyászat javát.

1966-tól 2003-ig a II. Belgyógyászati Klinikán dolgozott, utóbb egyetemi tanárként irányította a klinika kardiológiai betegellátását. 2003-tól 2013-ig a Munka- és Környezetegészségtan Tanszék tanszékvezető egyetemi tanáraként, majd egyetemi tanáraként dolgozott. Az egyetemi oktatásban és a postgraduális képzésben sokrétűen, meghatározó személyiségként vett részt. A kísérleti és klinikai kardiológia tárgykörében végzett tudományos munkájának eredményeként 1990-ben az orvostudomány (MTA) doktora lett. A széleskörű gyógyító, oktatói és tudományos munkája mellett számos szakmai szervezetben, társaságban vezető tisztségeket töltött be, amellyel segítette a belgyógyászat és munkaegészségügy érdekeinek érvényesülését.

Munkásságát számos kitüntetéssel ismerte el az egyetem és a szakmai közélet.

Morvai professzor asszony munkásságát az igényesség, a gondos, alapos felkészültség, a vállalt feladatok maradéktalan, tökéletes ellátása jellemezte. Betegei, munkatársai nagyrabecsülését és szeretetét a kiemelkedő szakmai értékek mellett jelentős empátiája és olyan emberi értékek alapján nyerte el, amely a közösség és a szakma megbecsült tagjává, példaképpé emelte.

A jubileumi évfordulón a magyar belgyógyász közösség és az egyetem II. Belgyógyászati Klinikájának munkatársai nevében tisztelettel köszöntöm Morvai professzor asszonyt. Köszönjük áldozatos munkáját és kívánjuk, hogy az általa képviselt emberi értékek sokszorosán tegyék széppé mindennapjait.

Prof. Dr. Tulassay Zsolt
akadémikus, a II. Belklinika igazgatója (1993-2009)

Köszöntés a Szerkesztőbizottság nevében

Dr. Morvai Veronika professzor, az első és 1962-től a 2000-s évek elejéig egyetlen magyarországi munkaegészségtani tanszékének harmadik professzora 2017. március 4-én töltötte be 75. életévét. Professzor Asszonyt tanulmányai, orvos-beteg kapcsolata, klinikai, oktató-nevelő, valamint tudományos munkája a kiemelkedő egyetemi tanárok sorába emelte. Az itt röviden összegzeteket – a Bizottság példaképének tekintett Professzor Asszony iránti elfogultságát is figyelembe véve – aki Vele bármikor munka- vagy emberi kapcsolatba került, biztosan nem kérdőjelezi meg. Azoknak a gratulációnkat olvasóknak, akik Vele az itt említett hasonló kapcsolatba nem kerültek, állításunkat kizárólag adatokkal, vagy a Szerkesztőbizottság munkájában nem részt vevő orvosok, illetve betegek véleményével kívánjuk alátámasztani.

Amint Tulassay Zsolt akadémikus professzor úr köszöntőjében is olvastuk, Morvai Veronika 1960-ban a budapesti Leövey Klára Gimnáziumban érettségizett kitűnő eredménnyel, egyetemi tanulmányát 1966-ban „Sub Auspiciis Rei Publice Popularis” kitüntetéssel végezte a Budapesti Orvostudományi (ma Semmelweis) Egyetemen. Teljesítménye, bármely orvos kollegánk igazolja: a szó szoros értelmében kiemelkedő és tiszteletre méltó. Ahogy Tulassay professzor úr a „belgyógyász közösség és a II. Belgyógyászati Klinika munkatársai nevében írt köszöntésében már jelezte, Professzor Asszony pályája első 3/4-ét a belklinikán töltötte, ahol végigjárta az egyetemi előírások szerinti szakmai ranglétrát gyakornoktól egyetemi tanárig, teljesítve a gyógyító, oktatói és tudományos munka követelményeit.

Szerkesztőségünknek „csak” emberi tulajdonságait, - pályatársaival, betegeivel, tanítványaival való kapcsolatait a Professzor Asszonyra jellemző nagy szociális érzékenységet igénylő szakterületünkkel egybeforrt munkásságát kívánja emlékezetbe idézni. Eredményei elismeréséül, 1966 és 1970 között,

az akkor egyetemi adjunktus Morvai Veronikát az egyetem adjunktusainak képviselőjeként az ÁOK kari tanácsába, majd 1980 és 1985 között az akkor már egyetemi docens Morvai Veronikát, a docensek képviselőjeként az Egyetemi Tanács tagjává választották. 1983-1984-ben pályázatot követően - mint senior kutató - ösztöndíjasként az Amerikai Egyesült Államokban dolgozott. Munkájával elért eredményességénél Morvai doktornőnek talán csak betegei és oktató hallgatói – lett legyen utóbbiak magyarok vagy angol nyelven oktató görög, norvég vagy bármilyen nemzetiségűek is – közötti népszerűsége, megbecsülése volt nagyobb. Betegei szeretetét, kiváló emberi, orvosi tulajdonságát ehelyütt egyik költőnő betege hozzá írt verse egy részletének idézetével illusztráljuk. Bujdosó Ágnes „Magamnak dúdolom”, az ELEKTRA Kiadóház gondozásában 1999-ben megjelent verses kötetében „VERONIKÁNAK” (címalírásban: Dr. Morvai Veronika professzor asszonynak, aki gyógyítóból baráttá vált) c. versét így zárja:

Hány ártatlanul elítéltnek
nyújtotta meg esendő létnek
hálálhatatlan napjait?
Hány feszült óra, szorgos éjjel
emésztli lázas igyekvéssel
azt, aki gyógyítást tanít!

Példaként állni rendületlen ...
hol van hát a filigrán testben
ennyi bátorság és erő?
Orvos, tanár, anya és hitves -
a forgó-színpad bírja mindezt,
tengelye meg nem zökkenő.

Veronika, rád gondolok ma
s arra, hogy édes otthonodba
is belopod a csend dalát.
Hogy néma vagy, ha ezt kívánják,

nem zavarod munkáját, álmát
senkinek. Illatos virág
mindig jut a míves asztalra
s ha az unoka felkavarja
vidám-vadul a levegőt,
vele kacagsz és elfelejted
a verejtéket, vért, küzdelmet
s karodba zárod a jövőt.
Számodra ennyi boldogság jut:
te vagy a szomjoltó kristálykút,
a soha ki nem apadó,
igazságot kereső, űző,
megbontott egyensúlyt nem tűrő
asszony, anya és gyógyító.
Idézd a múltat, jól kapaszkodj!
Légy hű nevedhez, önmagadhoz
s hozzá, ki szült, ki felnevelt,
mert drágakő lettél a láncban,
mit a végtelen hord magában
Equatorként a Föld felett.

Így gondolok rád, kicsi Lányom
s ha romló szemmel már nem látom
többé a drága arcodat,
ha térdre bukom a vak éjben,
puha kendőjével kezében
Veronika megsimogat

1998.

A vers elolvasását követően meglehetősen hálátlan feladat Morvai professzor munkásságának, eredményességének, személyiségének legfontosabb jellemzőinek bemutatása.

Mégis szükséges ez, mert az előzőekben leírtak mellett pályája negyedik negyedében kapcsolódott össze munkássága szakterületünkkel, a foglalkozás-egészségüggyel. Folyóiratunk olvasói (főként az idősebbek) noha ezt jól ismerik, a szakterülethez való kapcsolódása, bár örömmel vállalta, nem volt egészen önkéntes, s nem írjuk le, de a kijelentés feltehetően értelmezhető. 1984-ben, amikor

a tanszék alapító professzorát, az önálló tanszék második vezetője váltotta, számos kiválóság (Sótonyi, Eckhardt professzorok, (későbbi akadémikusok), Faller, Bálint, Z. Szabó és más kitűnő egyetemi tanárok) mellett meghívott előadóként ugyancsak részt vett az (akkor még) üzemi szakorvosok, közegészségtan-járványtan szakorvosok továbbképző tanfolyamain Morvai Veronika (akkor még) egyetemi adjunktus/docens is. A rendszerváltozást követően oroszlánrészt vállalt az üzemegészségtan/üzemegészségügy foglalkozás-
orvostanná/foglalkozás-egészségüggyé való átalakításának oktató munkájában, miközben változatlanul, a tőle megszokott színvonalon és teljességre törekvéssel folytatta a II. Belklinikán is munkáját. Később, minthogy minden munkáltatónál kötelező lett a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás, Tulassay professzor (akadémikus) megkérte Morvai tanárnő sikeres habilitációját (1995) követően az általa egyetemi tanárkénti előléptetésre felterjesztett és Göncz Árpád köztársasági elnök úr által a Parlamentben átadott oklevéllel egyetemi tanárrá kinevezett Morvai Veronika doktornőt, hogy alakítson ki a klinikán egy akkreditálható foglalkozás-egészségügyi rendelőt, és tegye lehetővé az elvárt ellátást. Ekkor Morvai professzor már foglalkozás-
orvostan (1997) szakorvos volt, tagja volt a Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaságnak (MÜTT) és a foglalkozás-egészségügy területén működő szakmai kollégiumnak, a Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med. szerkesztőbizottságának, majd az European Union of Medical Specialists foglalkozás-egészségügyi szekciójának. Mindezek mellett (önkéntes résztvevőként, díjazás nélkül) vállalta a foglalkozás-
orvostan rezidensek belgyógyászati képzését, amelynek a II. Belklinika vezetője, Tulassay Professzor úr lehetőséget biztosított. Hozzáteesszük: a foglalkozás-egészségügyi rezidensek belgyógyászati és munkaköri alkalmassági vizsgálatra való felkészítésének programját is a professzor asszony dolgozta ki. A rezidensek oktatásával kapcsolatos munkájáról az egyik első

foglalkozás-orvostan rezidens, Dr. Nagy-László Nóra (ma a Budai Egészségközpont foglalkozás-egészségügyi program- és minőségirányítási vezetője) így emlékszik vissza:

„1998-ban, az akkor elsőként induló foglalkozás-egészségügyi rezidensképzés keretében kerültem a professzor asszonyhoz a klinikára, aki első pillanattól kezdve gondoskodott arról, hogy frissen végzett, tapasztalatlan „kisorvosként” ne érezzem elveszettnek magam a betegek, kollégák között. Hálás vagyok, hogy ott tanulhattam bele a belgyógyászat rejtelmeibe; a jó hangulatú osztályos vizitek és délutáni EKG-elemzések a „BEL- ambulancián” a mai napig sokszor eszembe jutnak. A tanárnő mindig motiválta tanítványait, munkatársait az önálló gondolkodásra, véleményalkotásra és szívügyének tekintette azt, hogy a foglalkozás-egészségügyi orvosok alapos belgyógyászati gyakorlati tudással is rendelkezzenek. Ugyanakkor a szakmai munkán túl mindig volt ideje az emberi kapcsolatok ápolására, a baráti beszélgetésekre családról, gyerekekről, unokákról...

Kedves Tanárnő! E születésnap alkalmából is sok szeretettel, hálás szívvel kívánok jó egészséget!”

Morvai professzor belgyógyászati és foglalkozás-orvostani oktató munkája a II. Belklinika egyetemi tanáraként 2004-ig folytatódott. Ekkor a már SE kötelékébe tartozó Munka- és Környezetegésztani Tanszék vezetésére – az Egyetem rektorának felkérésére – vállalkozott. Tanszékvezetőként nemcsak a foglalkozás-orvostani oktatás (előadások és gyakorlatok) koncepciójának, programjának korszerűsítését végezte el (támaszkodva a tanszék tradícióira és az országos intézet pótolhatatlan szellemi és gyakorlati feladatok megoldásában való egyedülálló magyarországi lehetőségeire, munkatársai támogatására, szakmai képzettségére) hanem nevéhez fűződik a munkahigiéne szakvizsgára való felkészítés programjának kidolgozása és a szakvizsgára való felkészülés irányítása. Erről Dr. Nagy Marcell (a felkészülés idején a Magyar Honvédség orvos főhadnagya) szakvizsgáját követően így fogalmaz:

„Tisztelt Professzor Asszony!

Ezúton szeretném még egyszer köszönetemet kifejezni a rengeteg segítségért, az oktatói munkáért, a szemléletmód átadásáért, amely során a vezetői feladatok mellett barátián és megértéssel kezelte a hiányosságaimat is, amely támogatás nélkül céljaimat semmiféleképp nem tudtam volna elérni. Életem során sok oktatóval kerültem tanár-diák kapcsolatba, ezek közül kiemelkedően pozitív az a viszony, ami Önnel kialakult. Számtalan dolgot tanultam a szakmai tudáson túl is, köszönöm, hogy nem csak a tudományban oktatót, hanem az emberi kapcsolatok terén is. Boldog születésnapot kívánok Önnek, Tisztelt Professzor Asszony, a Jóisten tartsa meg erőben, egészségben!

Tisztelettel,

Marcell”

Mindezek mellett szakvizsgázott belgyógyászatból a II. Belklinikán, a budapesti foglalkozás-orvostani és munkahigiéne szakvizsga bizottságok elnöke volt. Előadásaival segítette a debreceni Népegészségügyi Iskola, a pécsi és szegedi foglalkozás-orvostani csoportok megalakulásukat követő munkáját. Választást követően 2009-2011 között a szakterületen működő szakmai kollégium elnöke, 2011 és 2013 között pedig a miniszter által kinevezett grémium melletti tanácsadó testület választott elnöke volt. 2007 és 2014 között elnöke volt a MÜTT-nek. 2001-2011 között több cikluson át tagja volt az MTA Bányászati Ergonómiai és Bányaeészségügyi Osztályközi Bizottságának, és jelenleg is tagja a már említett CEJOEM és Foglalkozás-egészségügy folyóiratok szerkesztőbizottságának. Számos egyetemi jegyzet, tankönyv fejezetének szerzője, 1-1 jegyzet és tankönyv (a Munkaegészségtan 3. kiadásának) egyedüli vagy társszerkesztője. Fejezetet írt sokunk tanulmányai ikonjába, a Magyar-Petrányi-féle Belgyógyászat tankönyvbe, valamint Tulassay akadémikus legújabb Belgyógyászat tankönyvébe is. Az Morvai professzor esetében természetes, hogy tanszékvezetői munkája után az első és mindmáig biztosan

a legeredményesebb budapesti tanszék megszűntetését követően a munkavédelem hazai vezetésének felkérésére fejezeteket írt a TÁMOP támogatásával 2012-2016 között készült, Munkavédelem című könyvgyűjteménybe. Mindezek mellett munkatársaival kidolgozta a foglalkozás-egészségügy paradigmaváltása szükségességének programját, a szakterület sikeres működésének elősegítésére a MÜTT és a SZK elnökeként, a tanszék vezetőjeként számos megalapozott javaslatot terjesztett

elő. Előterjesztései megalapozottságában mindig hitt, és azokért kiállt. Az idő biztosan igazolni fogja akkor is, ha ma még ezek a javaslatok nem tudták áttörni a „szokványos” értetlenség és bürokrácia gátját.

Professzor Asszony! Kérjük, dolgozzon tovább, segítse szeretett szakterületünket!

Sok boldog születésnapot kívánunk!

Szerkesztőbizottság

„Ha egy dolgozó osztálybeli beteget látogatsz meg, és beülsz a szegényes otthon háromlábú székére, hogy feltedd Hippokratész ajánlott kérdéseit, soha ne mulaszt el megkérdezni: mi is a foglalkozásod, fiam?”

Bernardino Ramazzini,
1700

Eredeti közlemények

A folyóirat Szerkesztőbizottsága a szakterületen dolgozó munkatársak tudományos eredményességének szélesebb körű megismerése végett úgy döntött, hogy mind a területen, mind az országos, mind az egyetemi intézetekben készült és megvédett PhD értekezésekről vagy a tézisek teljes terjedelemben való közzétételével vagy a PhD fokozatot szerző munkatárs értekezéséről készített ismertetője révén, a szerző egyetértése esetén tájékoztatást ad. Jelen számunkban Dr. Hegedűs Ibolya ózdi foglalkozás-egészségügyi főorvos PhD téziseit ismertetjük. Munkája példa arra, hogy egy - egy nagyon hátrányos helyzetben lévő kistérségben, sok nehézség leküzdésével, szorgalommal, kitartással, a hivatás iránti elkötelezettséggel, ambícióval, a szakirodalomban való tájékozottsággal és egy támogatást nyújtó munkacsoport tagjaként színvonalas tudományos munkát lehet végezni. Hegedűs főorvosnő a tanszék és az országos intézet korábbi vezetése által meghirdetett és a SE által akkreditált témakörben írta és védte meg a bíráló bizottság által 100%-os pontszámmal elismert értekezését, majd 2016. decemberében, summa cum laude minősítéssel kapta meg a PhD fokozatot.

A szerkesztőség nevében gratulálunk.

A munkanélküliség egészségkárosító hatásáról, etiológiájáról az Ózdi Kistérségben élő magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi helyzetének és egészségi állapotának elemzése alapján

Doktori tézisek

Dr. Hegedűs Ibolya

Semmelweis Egyetem

Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető, majd konzulens:

Dr. Ungváry György egyetemi tanár, az MTA doktora

Hivatalos bírálók:

Dr. Nagymajtényi László, egyetemi tanár, az MTA doktora

Dr. Törő Klára egyetemi docens, PhD

A bíráló bizottság elnöke:

Dr. Petrányi Győző, az MTA rendes tagja, professzor emeritus.

Budapest

2015

Bevezetés

Pericles nyomán, illetve Máté Evangéliuma révén tudjuk, hogy már az Ókori Athénban, illetve az Újszövetség keletkezése idején ismert volt egyfajta munkaerőhiány, munkanélküliség. A széleskörű társadalmi jelentőségű munkanélküliség azonban egyértelműen az iparosodás megjelenésével, az ipari dominancia kialakulásával, az ipari forradalommal egyidős. Az iparosodott országok története első évszázadaiban a már kialakult termelési folyamatok termelékenységét növelő újabb és újabb technológiák üzembe helyezése esetenként a munkások tömegei váltak feleslegessé, munkanélkülivé. A munkanélküliség folyamatos réme a munkások, illetve a tulajdonosok és a munkáltatók között sorozatos összetűzéseket (géprombolások, luddizmus, felkelések stb.) idézett elő, míg az egyre több és újabb termékek elhelyezése végett megindultak a piacokért folytatott küzdelmek. Az ellentétek háborúba torkolltak, amelyeket az I. Világháború tetézett be. A „Nagy Háború” győztese és vesztese, a tömeges munkanélküliséggel együtt járó válságok gyakran katasztrofális gazdasági és szociális hatását egyaránt felismerték (1). Az 1919-s versailles-i békeszerződés XIII. fejezete által életre hívott Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (angol nyelvű rövidítése: ILO) 146 ország kormánya által aláírt alapokmányának bevezető mondata ezért fogalmaz úgy, hogy „Egyetemes és tartós béke csak akkor teremthető, ha az a társadalmi igazságosságon alapszik.” Noha már az ILO 2. számú Egyezménye (1919; ma ezek száma: ~200) a munkanélküliség megoldásra váró kérdéseivel foglalkozott, a munkanélküliség nyomában fellépő szegénység, nyomor középpontjában álló emberrel először csak az 1929-1933-as nagy gazdasági világválság végén, az ún. „Marienthal tanulmányban” egy kisebb pszichológus-szociológus csoport foglalkozott. Rámutattak: a munkanélküli embert nemcsak a munkanélküliség okozta gazdasági, szociális,

megélhetési problémák, hanem a munkanélküliség káros pszichés hatásai is sújtják (1).

Annak feltételezésére, hogy a munkanélküliség szomatikus egészségkárosodást okoz, csak a 20. század utolsó évtizedében, elfogadására pedig csak a 21. század első évtizedében került sor. Erről a KSH 2009-ben megjelent tanulmánya így ír: „Míg két évtizeddel ezelőtt” (ez a rendszerváltozás körüli idő) „a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot közötti kapcsolatok kutatásában érvelni kellett amellet, hogy a munkanélküliség, illetve tágabban a nem foglalkoztatottság beillesztendő a társadalmi egyenlőtlenségek dimenziói közé, addig a 21. század évtizedében az egészségpszichológia egyik jelentős ágává vált az az irány, amely a munkabizonytalanság volta és az egészségi állapot közötti kapcsolattal foglalkozik”. A British Medical Journal ugyancsak egy 2009-ben közreadott „editorials”-ben foglalkozik a munkanélküliség egészségkárosító hatásaival és megállapítja, hogy az 1990-s évek elején végzett kutatások szerint a munkanélküliség megnöveli a mortalitást, illetve a munkanélküliség után újra munkához jutók gyorsabban gyógyulnak betegségeikből. A hazai munkaegészségügy területén dolgozó orvosok, kutatók a munkanélküliséggel először az ún. szocialista világrendszer összeomlásakor – az 1980-s évek végén, 1990-s évek elején – találkoztak. A szakterület országos intézetében kutató munkacsoport (amelyhez mint PhD hallgató csatlakoztam) egy adott, a munkakör betöltéséhez, illetve a külföldi munkavégzéshez szükséges orvosi alkalmassági vizsgálatok során figyelt fel arra, hogy a munkanélküliek között nagyobb gyakorisággal fordulnak elő egészségi okokból munkavégzésre alkalmatlanok, mint a foglalkoztatottak között. A munkacsoport kutatási tervet dolgozott ki és megkezdett kutatásainak eredményeiről – az 1990-1994-s intézeti jelentések mellett – 1993-ban már közleményben számoltak be. A kutatási

terv fő kérdéseiként a következőket fogalmaztuk meg: i) a munkanélküliség valóban megnöveli-e az egészségkárosodás miatt munkavégzésre alkalmatlanok gyakoriságát, vagyis: van-e direkt egészségkárosító hatása? ii) mi lehet ennek egészen az utolsó időkig fel sem ismert jelenségnek az oka? iii) függ-e a jelenség olyan ún. moderátor tényezőktől, mint pl. az ország gazdasági ereje, egy térség munkanélkülieinek etnikai összetétele, a munkanélküliség tartóssága, a munkanélküliek szociális helyzete, szegénysége, környezeti és egyéb jellemzői (földrajzi elhelyezkedés, a lakókörnyezet higiénés állapota, eredendő egészségi állapot, életmód, személyi higiénés szokások, képzettség stb.). Jelen értekezés e nagyobb kérdések, problémák megválaszolásához egy ún. elmaradott magyarországi Kistérség munkanélküliei vizsgálatainak elemzésével kívánt hozzájárulni, részben pedig a jelzett nagyobb problémakörök egy-egy részletét kívánta megismerni. Mindezek megvalósítása végett az alább felsorolt célokat kívánták elérni.

Célkitűzések

1. *Az Ózdi Kistérség munkanélküliei által feltételezeten befolyásolt közegészségügyi biztonságának elemzése.* Ezen belül
 - 1.1. A munkanélküliek demográfiai és szociális helyzetének elemzése;
 - 1.2. A Kistérség munkanélkülieinek in-door és out-door lakókörnyezete, környezetegészségügyi helyzete – következményei;
 - 1.3. A Kistérség munkanélkülieinek iskolázottsága, képzettsége – következményei;
 2. *Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, valamint egészségi állapotának elemzése.* Ezen belül:
 - 2.1. Milyenek a Kistérség munkanélkülieinek személyi higiénés szokásai, életmódja?
 - 2.2. Milyen a Kistérség munkanélküliei diagnosztizált megbetegedéseinek megoszlása?
 - 2.3. Milyen a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlanságának gyakorisága?
 - 2.4. Van-e különbség a foglalkoztatottak és a munkanélküliek egészségkárosodáshoz kapcsolódó panaszai között?
- Az első két pontban megfogalmazott célkitűzések megvalósulása, kérdések megválaszolásának ismeretében fogalmaztuk meg vizsgálatunk további céljait, feladatait.
3. *Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélküliei közegészségügyi és szociális biztonságának összehasonlító elemzése (részletkérdéseket lásd: 1.1.-1.3.)*
 4. *Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotának és meghatározó tényezőinek, valamint munkavégzésre való alkalmatlanságának összehasonlító elemzése (részletkérdéseket lásd: 2.1.-2.4. pontok).*
 5. *A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása.*
 6. *Célul tűztük ki annak megismerését is, hogy az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanélküliei életminősége/életkörülménye hogyan változott Magyarország EU tagsága idején. Milyen volt a pénzügyi gazdasági világválság munkanélküliekre kifejtett hatása?*
 7. *Valamennyi célkitűzésünk elérését, kérdésünk megválaszolását követően végül azt kívántuk megismerni, hogy mi lehet az etiológiája annak a munkacsoportunk és mások által is egybehangozóan feltárt ténynek, hogy a munkanélküliek között a foglalkoztatottakhoz vi-*

szonyítva megnő a betegségek gyakorisága, illetve, hogy ebbe az etiológiába hogyan illeszkedik a munkanélküliség egészségkárosító hatása okaként megjelölt eredeti hipotézisünk.

Módszerek, vizsgált népesség, adatvédelem, statisztikai elemzés

Vizsgált népességek/csoportok. A vizsgálatokat részben a pénzügyi-gazdasági világválság előtti években (2000-2006), részben a világválság éveiben (2009-2012 között) végeztük.

I. A világválság előtt végzett vizsgálatok.

1.1. Általános és összehasonlító közegészségügyi és egészségi állapotot elemző vizsgálatok. A vizsgálatokba az Ózdi Kistérségben élő, 18-61 év közötti 536 (332 férfi és 204 nő) munkanélküli lakost vontunk be, akik a munkavégzésre való alkalmasság foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálattal történő megítélése végett az Ózdi Munkaügyi Központban megjelentek. Az összehasonlító statisztikai elemzés, vagy becslés végett alkalmazott munkanélküliekből és foglalkoztatottakból álló kontroll csoportok a munkacsoport hasonló módszerekkel végzett vizsgálati anyagából [máshol, más helységeken élő munkanélküliek, mezőgazdasági nagyüzemben dolgozók, kis földterületen gazdálkodók, törpefalvakban, apró falvakban, tanyákon élő lakosok] kerültek ki. Ezek az irodalmi adatok mindössze az ózdi munkanélküliek vizsgálataival történt elemzések eredményeként kapott fontosabb indikátor paraméterekkel történt összehasonlításhoz

szolgáltak, és vizsgálataik eredményeinek elemzése nem képezi az értekezés tárgyát. További összehasonlító becslések esetében az Ózdi Kistérségre vonatkozó 2000 és 2012 között rendelkezésre álló KSH adatokra is támaszkodtunk¹.

1.2. Munkavégzésre való alkalmasság. Kizárólag a munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága került összehasonlításra. Munkanélküli csoportként az 1.1 pontban jelzett vizsgálati alanyok, foglalkoztatott csoportként a 2003-ban a Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálaton megjelent, a munkanélküliekhez hasonló életkorú aktív dolgozók (450 fő – 160 nő és 290 férfi) szolgáltak.

2. A világválság éveiben végzett vizsgálatok.

2.1. Aközegészségügyi állapot, valamint a testi és lelki egészség összehasonlító elemzése. A vizsgálatokba az Ózdi Munkaügyi Központban kötelező foglalkozás-egészségügyi (orvosi) munkaköri, illetve munkavégzésre való alkalmasságot megítélő vizsgálaton megjelenő 400 fő 18-61 éves, cselekvőképes férfi és nő munkanélkülit vontunk be, akikből négy, nem roma (itt: valamennyi magyar) férfi és nő, illetve roma férfi- és nő csoportot képeztünk; az egyes csoportokba a jelzett sorrendben 114, 93, 96, 97 személy tartozott.

2.2. Munkavégzésre való alkalmasság megítélése. A 2009 és 2012 között az Ózdi Munkaügyi Központban munkavégzésre való alkalmassági vizsgálaton megjelent munkanélküli (210 férfi, 190 nő), valamint a Work Med Foglalkozás-egészségügyi

¹ *A munkacsoport hasonló módszerekkel végzett vizsgálatainak eredményei statisztikai szempontból alkalmasak voltak összehasonlításra, míg a KSH adatokat csak összehasonlító becslésre alkalmaztuk.*

Központban munkaköri alkalmassági vizsgálaton megjelent 430 fő aktív dolgozó (195 férfi, 235 nő) között előforduló munkavégzésre, munkakör ellátására való alkalmatlanság gyakoriságát hasonlítottuk össze.

2.3. *Kiegészítő összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatok.* Kizárólag mentálhigiénés vizsgálatokat végeztünk további 60 aktívan dolgozó magyar, illetve 60 magyar és 60 roma hasonló életkorú férfi, illetve nő munkanélküli esetében az Ózdi Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban, az Ózdi Munkaügyi Központban.

Adatrögzítés, adatkezelés, adatvédelem. A vizsgálatokban részt vevő vizsgálati alanyok toborzása, a vizsgálatokba való bevonása előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatással, önkéntes alapon történt. Valamennyi munkanélküli vizsgálatára (a világválság éveiben történtek esetében is) még az első közfoglalkoztatású, vagy közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó munkavégzés előtt került sor. A kérdőívek adatainak anonimitását kódszámok alkalmazásával biztosítottuk, az egyes személyek azonosítása csak a foglalkozás- orvostan szakorvos és az adatfelvevő biztos részére volt lehetséges, a statisztikai feldolgozás már anonim volt. A vizsgálatok megfeleltek a hazai etikai szabályozásnak és a Helsink Deklaráció előírásainak².

Módszerek. Kérdőíves-önkitöltéses, kérdőíves-kikérdezéses, (interjú) és foglalkozás- orvostani szakorvosi munkaköri alkalmasság megítéléséhez szükséges vizsgálati módszereket alkalmaztunk.

Az alkalmazott kérdőívek és tesztek:

- I. a munkanélküliek közegészségügyi helyzetének, továbbá
- II. a munkanélküliek egészségi állapotának elemzését szolgáló kérdőívek,
- III. a vizsgálati alanyok munkavégzésre való alkalmasság szakorvosi vizsgálata eredményeinek rögzítésére és megítélésére alkalmazott űrlap.
- IV. Speciális papír-ceruza (pszichológiai) tesztek. Mentálhigiénés vizsgálataink során a foglalkozás-egészségügyi szakorvos által végzett klinikai vizsgálatokon részletes anamnézist, valamint az általa már ismert ún. papír-ceruza tesztek eredményeinek ismeretében részletesebben elvégzett és rögzített explorációt elemeztük. A papír-ceruza tesztek közül a következőket alkalmaztuk: Életelégedettség Skála (Diener és mtsai 1985); mentális-lelki egészségi állapot felmérése munkacsoportunk által kidolgozott és validált ötrészes (társas kapcsolat, önbizalom, hangulati-érzelmi állapot, megküzdési képesség, munkanélkülieket érő sajátos stresszorok, pl. diszkrimináció); Beck-féle depresszió kérdőív 13 tételes változata (Beck és Beck 1972); affektivitás megítélése Lüscher-féle színpreferencia teszttel (Lüscher 1948; 1962; 1969); Megküzdés és Stressz profil (Olson és mtsai 1991).

Statisztikai módszerek. A követelményeknek megfelelően deskriptív, analitikus és néhány speciális statisztikai módszert alkalmaztunk.

² *A világválság előtti kutatásokat a Semmelweis Egyetem Kutatás-etikai engedélyeivel; a világválság éveiben végzett, a magyar és roma munkanélküliek meghatározott közegészségügyi, egészségi stb. paraméterek összehasonlítására kiterjesztett kutatásokat a ETT TUKEB 35685/2012/EKU (562/PI/12.) számú határozatában foglalt engedélyével végeztük.*

Deskriptív elemzés. A kérdőívek kvalitatív adatainak abszolút és relatív gyakoriságát, a folytonos változók középértékét, standard deviációját (SD), a nem-normális eloszlású változók mediánját és kvartiliseit, néhány esetben szélső értékeit számoltuk ki és közöltük. *Analitikus statisztikai módszerek.* A felmérésben szereplő különböző csoportok (pl. roma, nem roma munkanélküliek) jellemzőire vonatkozó gyakorisági mutatókat, Pearson-féle chi-négyzet próbával hasonlítottuk össze. A folytonos statisztikai változók összehasonlítása Student-féle kétmintás t-próbával, több csoport összehasonlítása egy-, illetve kétszemponos varianciaanalízissel történt. Nem-normális eloszlás esetén Mann-Whitney-féle U-próbát alkalmaztunk. A statisztikai szignifikancia szintjét 5%-on ($P \leq 0,05$) határoztuk meg.

- A kérdőívben vizsgált tényezőknek az egészségi állapotban játszott szerepét egy-, ill. többváltozós logisztikus regresszióval vizsgáltuk, az esélyhányadost (Odds Ratio) és a 95%-os konfidencia intervallumot (95% CI) közöljük. A statisztikai elemzésekhez előbb SPSS 11.5 (2001), majd STATA/SE 10.0 és EPIINFO 6.0 programokat használtunk.
- Speciális statisztikai eljárásokat a különböző pszichológiai tesztek követelményei szerint alkalmaztunk.

Eredmények³

1. *A pénzügyi-gazdasági világválság előtt az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek közegészségügyi és szociális helyzete, biztonsága.*

1.1. *Demográfiai adatok, munkaanamnézis, munkanélküliség időtartama, szociális helyzet.* Magyarország rendszerváltozás előtti egyik korábbi kohászati fellegvárának vonzaskörzetében, az Ózdi Kistérség vizsgálatainkba bevont munkanélkülieinek túlnyomó többsége 3 évnél régebben munkanélküli. Többségük első generációs⁴, de jelentős közöttük az ún. második generációs⁴ munkanélküliek aránya (~70% vs. 30%). Az életkor előrehaladásával a munkanélküliség/munkanélküliek gyakorisága megnő. A munkanélküliek háztartásainak összjövedelme a segélyek, alkalmi munkák bevétele mellett attól függ, hogy háztartásaik/élettársaik, munkaképes életkorba lépett gyermekeik dolgoznak-e, illetve mennyi a jövedelem nélküli ellátandók száma. A férfiak feleségeinek/élettársainak egyharmada munkanélküli, több mint egyharmada GYES-t, GYED-t vesz igénybe és csak alig több, mint egyötöd gazdaságilag aktív. A munkanélküli nők férjeinek/élettársainak közel kétharmada gazdaságilag aktív, egyharmada munkanélküli. A férfi és női munkanélküliek egyaránt közel fele 2 vagy 3 jövedelem nélküli hozzátartozó ellátásáról gondoskodik. A férfi munkanélküliek 15 %-a, a nők 23%-a 4-4 jövedelem nélküli hozzátartozót lát el, extrém méretű terhet (5 vagy több fő) jövedelem nélküli eltartását viseli a munkanélküliek 5,8 %-a. (2).

1.2. *Lakókörnyezet, környezet-egészségügyi helyzet.* A vizsgált munkanélküliek csak-

³ a megfogalmazott célkitűzések, kérdések sorrendjében

⁴ első generációsnak azokat a munkanélküli személyeket nevezzük, akiknek munkanélkülivé válásakor szüleik nem munkanélküliek; második generációs munkanélkülieknek azokat a személyeket hívjuk, akik, amikor elérik munkaképes életkorukat, mindkét szülőjük munkanélküli és maguk is munkanélküliek.

nem kétharmada városban, több mint egyharmada községben, többségükben saját tulajdonú lakásban él. Noha a megkérdezettek 43 %-a vs. 49 %-a szerint lakása megfelelő, illetve elfogadható, egyebek közt megállapítottuk: a munkanélküliek 14 %-a többedmagával 4-12 m²-s, 62,3 %-a 24-32m² alapterületű lakásokban él. Az esetek többségében a lakószobákban az egy főre jutó alapterület 1-5 m². A lakások többségében (62,3%) a fűtés hagyományos kályhával, a világítás 98,3%-ban elektromos árammal, a vízellátás 53,9 %-ban hálózatos vízvezetékekkel történik. Erősen kifogásolható: a lakások 36,6 %-ában nincs hálózati folyóvizes ellátás, 46,5 %-ában nincs fürdőszoba, 45 %-ban nincs vízöblítéses WC és a WC-k a lakáson kívül vannak elhelyezve. A lakóhelyek 42,4 %-a nincs csatornázva, 29,9 %-ában pedig csak „házi csatorna” van (2).

1.3. *Iskolázottság, képzettség.* A Kistérségben élő, kérdőívekre választ adó (~100%) munkanélküliek túlnyomó többségének iskolázottsága alacsony (a férfiak 19%-a, a nők 36%-a a 8 általánost sem végezte el). Legmagasabb iskolai végzettséget mind a férfiak, mind a nők 49%-ának a 8 általános jelentette. Szakmunkásképzőt a férfiak 26,5%-a, a nők 12,3%-a végzett; középiskolai végzettsége az adatszolgáltatók 3,7%-ának volt, főiskolát vagy egyetemet végzett munkanélküli nem volt a vizsgált csoportban (2).

2. *A pénzügyi gazdasági világválság előtt az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek, személyi higiénés helyzete, életmódja, egészségi állapota, munkavégzésre való alkalmassága/egészségi okokból való alkalmatlanságának aránya*

2.1. *Személyi higiénés szokások.* Az Ózdi Kistérség munkanélküliei *személyi higiénés szokásai* (tisztálkodás, meleg folyóvizes fürdés, kézmosás, fogápolás, fehérenműváltás) kifogásolhatóak. A megkérdezett munkanélkülieknek alig egyharmada csak kétnaponta, 8%-a csak hetente egyszer fürdik. Hasonlóan a személyi higiéné elhanyagolására utal, hogy a válaszadók 23%-a csak hetente egyszer, a férfiak 7,2%-a, a nők 5,5%-a soha nem mos fogat, a férfiak fogmosásának gyakorisága életkoruk előrehaladásával tovább csökken. Orálhigiénés aktivitásukkal szinkronban van, hogy a megkérdezettek csak 10%-ának ép a fogazata, egynegyedüknél nagyon hiányos és 95%-uk a hiányzó fogakat nem pótolja. Egészségi állapotukat meghatározó, befolyásoló – fentebb felsorolt – a kérdezett személyektől, önmaguktól függő tényezőket (lényegében egy sor megbetegedés megelőzését) nem kezelik kielégítően (3).

Életmód. Táplálkozás. A megkérdezettek 69%-a naponta 3 alkalommal étkezik, fele heti 3-4 alkalommal fogyaszt húskészítményt, egyharmada naponta tejterméket, zöldséget, főzelékféléket, gyümölcsöt naponta 20% fogyaszt, a hal-fogyasztás csak a kérdezettek 1%-ának háztartásában fordul elő. A megkérdezettek 5-8%-a soha, vagy nagyon ritkán fogyaszt szárnyast, 7-10%-a tejet vagy tejterméket, több mint 25%-uk nem reggelizik (3). *Dohányzás.* A megkérdezett férfiak ~77%-a, a nők ~80%-a dohányzik; a dohányzók mintegy 40%-a nagydohányos, naponta több mint 20 szál cigarettát szív (3). *Testmozgás.* A munkanélküliek túlnyomó többsége

napi rendszerességgel testmozgást (séta, kocogás, futás, torna) nem végez; testmozgást számukra legfeljebb házkörüli tevékenységük (háztartás, kerti munka, állattartás) jelent. A kérdezettek több mint felének alkalmi munkára sincs lehetősége (3). *Alkoholfogyasztás.* Összhangban más irodalmi adatokkal, kérdőíves-önkitöltéses módszerrel nyert adatainkat nem tartjuk értékelhetőnek. *Drogfogyasztásról* egyetlen vizsgálati alany sem tett említést.

- 2.2. *Egészségi állapot felmérése kérdőíves-kikérdezéses módszerrel* mindössze a férfiak 2%-a, a nők 5%-a vallja egészségi állapotát rossznak, többségük fizikai, valamint lelki teljesítőképességét kitűnőnek, jónak, megfelelőnek minősíti és úgy érzi, hogy a problémákat kész megoldani. Ezek a kérdőíves-kikérdezéses módszerrel nyert adatok és az orvosi vizsgálatok eredményei nincsenek szinkronban (lásd: 2.3. pont) (3).

Anamnézis – családi, személyi; visszatérő panaszok a munkanélküliség idején. Mind a férfiak, mind a nők esetében a rossz kedélyállapot, szorongás, fejfájás, alvászavar, reggeli fáradtság, ingerlékenység, mellkasi szorítás, szellemi, illetve fizikai kimerültség, derékfájás, csont-ízületi-izom fájdalmak, gyakori bél-bántalmak, köhögés és köpetürítés a leggyakoribb visszatérő vagy állandósuló panaszok. A panaszok nagyobb része distresszes jellegű (3).

- 2.3. *Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek munkavégzésre való alkalmassága.* Mind a férfiak, mind a nők között megnő a „munkaköre ellátására alkalmatlannak” minősítettek aránya. Az alkalmatlanság okai szív-érrendszeri, anyagcsere (diabetes), légzőrendszeri és

mozgásszervi megbetegedések mellett a distressz (és következményei) voltak, amely distresszes tünetek a munkavégzésre alkalmatlannak bizonyult munkanélküliek anamnézisében is jelentős szerephez jutottak. Ehhez kapcsolódóan jelezzük: a vizsgált munkanélküliek jelentős részének lelki egészségi állapota aggályos, 41%-uk kimerültnek, depressziósnak érzi magát, 22%-uknak nincs kedve semmihez. A depresszió érzés gyakorisága az életkor előrehaladásával mind a férfi, mind a nő munkanélküliek között megnő.

- 2.4. *Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek és néhány foglalkoztatott, illetve lakossági csoport állapotának összehasonlítása* Az orvosi kezelésre szoruló munkanélküliek aránya szignifikánsan nagyobb, mint az összehasonlításul szolgáló lakossági csoportokban. Ha a fővárosi munkanélküliekkel, nagyüzemi mezőgazdasági csoportokkal, kis földterületen gazdálkodókkal, törpe-, apró falvak, tanyák lakóival hasonlítjuk össze az orvosi kezelésre szoruló arányát, a különbség valamennyi esetben erősen szignifikáns ($P < 0,001$) az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek kárára (3). Az OR értékek azt mutatják, hogy az összes többi csoport e tekintetben szignifikánsan kedvezőbb helyzetben van. Ha az összehasonlítást megfordítjuk, akkor úgy is fogalmazhatunk, hogy az Ózdi Kistérség munkanélküli férfijainak 3-5-ször, munkanélküli nőinek 2-3-szor nagyobb az esélye ($P < 0,001$), hogy betegsége miatt állandó orvosi kezelésre szoruljon, mint az összehasonlított budapesti munkanélküli, különböző foglalkoztatott, illetve lakossági csoportok tagjainak (3).

3. *Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélkülijeinek közegészségügyi és szociális helyzete, biztonsága a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben.*

3.1. *Demográfiai adatok, munkaanamnézis, munkanélkülivé válás/munkanélküliség időtartama, szociális helyzet.* A magyar és roma személyek életkora között szignifikáns különbség volt, a roma munkanélküliek jelentősen fiatalabbak. Munkanélkülivé válásuk előtt az első generációs munkanélküli magyar férfiak átlagosan 15,4 a magyar nők 10,0, a roma férfiak 13,0, a roma nők 6,6 évet dolgoztak. A tömeges munkanélküliség kezdetének azonos időpontja (1989-1991) miatt az első generációs munkanélküliségi idő hosszában a magyar és roma résztvevők között nincs különbség, a munkanélküliségi idő hossza az életkor előrehaladásával nő. A második generációs munkanélküliek (függetlenül etnikai/nemzetiségi hovatartozásuktól vagy nemüktől) munkaképes korúakká válásuktól nem vettek részt semmiféle szervezett munkavégzésben. Feltűnő a második generációs munkanélküliek legfiatalabb (18-29 évesek) korosztályában a romák nagy aránya a magyarokhoz képest (4,5). Jelentős különbség van a magyar és a roma nők házastársai/élettársai gazdasági aktivitásának (nem munkanélküliek) arányában. A magyar nők házastársai/élettársai gazdasági aktív tagjainak aránya meghaladja a roma nőkéét; a különbség erősen szignifikáns. A nők szociális támogatása között a romák javára különbség van; a különbséget a GYES, GYED, GYET, valamint a családi pótlékok megoszlása okozza. A magyar és roma munkanélküliekhez tartozó ellátottak csoportjainak összlétszámában

szignifikáns különbség van, a romák által ellátottak lélekszáma 1,5-2,1-szer nagyobb a magyarokénál. A romák havi egy főre jutó jövedelme szignifikánsan kisebb, mint a magyaroké. Vizsgálataink idején a magyar, illetve a roma munkanélküliek és eltartottjai havonta a létminimum 53,1%, illetve 42,9%-ából kellett, hogy megéljenek (4,5).

3.2. *A magyar és roma munkanélküliek in-door és out-door lakókörnyezeti, közegészségügyi helyzetének összehasonlítása.* Az in-door és out-door környezetet jellemző paraméterek (épületek minősége, építőanyaga, padozat, falak anyaga, szellőztetés, nyílászárók állapota, a lakás alapterülete, a lakásban együtt élők száma, hálózatos ivóvízhez jutás lakáson belül, meleg folyóvizetes fürdési lehetőség hiánya, fürdésre csak hideg víz áll rendelkezésre, fürdésre elkülönített helyiség nincs, lakáson belüli vízöblítéses WC aránya, lakáson kívüli WC [árnyékszék] aránya, táv-tömbfűtésű lakások aránya, hagyományos kályhafűtésű lakások aránya, gyenge megvilágítású helyiségek aránya) vonatkozásában a romák kárára szignifikáns különbség van a magyar munkanélkülihez viszonyítva. A cigány munkanélküliek out-door környezete az utóbbi 10 évben javult, a szemét és hulladék gyűjtés szervezett, bár illegális szemétkerakók időről-időre előfordulnak. A 10-15 éve meglévő döngutakat felszámolták (4,5).

3.3. *Magyar és roma munkanélküliek iskolázottsága, képzettsége, tanulási feltételeinek összehasonlítása.* A tanultság, képzettségi szint között szignifikáns különbség van a romák kárára valamennyi vizsgált paraméter esetében: a 8 általánost be nem fejezettek a-

ránya (26,7% vs. 39,6%; $P < 0,001$), szakmunkásképzettséggel bíró férfiak aránya (43,9% vs. 20,8%; $P < 0,001$), szakmunkásvégzettséggel bíró nők aránya (39,8% vs. 7,2%, $P < 0,001$). Az érettségizettek aránya a magyarok között 7,9%, a romák között nem volt érettségizett személy. A maximum 8 általánost végzők esetében a mérleg romák javára történő billenése (férfiak: 25,4% vs. 43,8%, nők: 25,8% vs. 48,5%; mindkét esetben $P < 0,01$) látszólagos előny, mert a szakmunkásvégzettség valamennyien előbb befejezték a 8. általánost (4). *A tanulási feltételek* vizsgált paraméterei a magyar és roma munkanélküliek esetében a romák kárára szignifikánsan különböznek. Kiemelést érdemelnek a következő paraméterek: lakások átlagos alapterülete ($64,0 \pm 34 \text{ m}^2$ vs. $32,9 \pm 16,7 \text{ m}^2$; $P < 0,001$; egy lakásban együtt élők száma (főben): $3,2 \pm 1,7$ vs. $4,6 \pm 2,3$; $P < 0,001$; egy lakásban élő iskoláskorú személyek száma: $1,0 \pm 1,3$ vs. $2,6 \pm 2,0$; $P < 0,001$; egy lakóra jutó átlagos lakóterület (m^2 -ben): $26,0 \pm 17,1$ vs. $9,7 \pm 7,5$; $P < 0,001$; egy főre jutó ülőhelyek száma (darab): $1,9 \pm 2,4$ vs. $1,2 \pm 1,1$; $P < 0,001$; egy főre jutó fekvőhelyek száma (darab): $1,5 \pm 1,0$ vs. $1,0 \pm 0,6$; $P < 0,001$ (4).

4. *Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotának és meghatározó tényezőinek, valamint munkavégzésre való alkalmasságának összehasonlító elemzése.*

4.1. *A magyar és roma munkanélküliek személyi higiénés szokásainak, helyzetének, életmódjának összehasonlítása. Személyi higiénés szokások, felelősség.* A magyar munkanélküliek 84,1%-a, a romák 72,5%-a naponta tisztálkodik ($P < 0,01$).

A kétnaponta tisztálkodók között a romák aránya jelentősen nagyobb (9,2% vs. 23,3%); $P < 0,01$). Számuk kicsi, de mindkét csoportban vannak, akik hetente egy alkalommal, vagy ennél is ritkábban mosakodnak. A hideg vízben tisztálkodók aránya a romák között nagyobb (13,0% vs. 21,2%); $P < 0,05$). Szignifikáns különbség van a magyar és roma munkanélküliek között a haj és fogmosás gyakorisága között. A különbség mindkét tevékenység esetében a romák kárára szignifikáns: $P < 0,01$). A fogazat állapota mind a magyar, mind a roma munkanélküliek között erősen kifogásolható; a 45-61 éves roma férfiak 12,9%-ának nincs fogazata; a hasonló életkorú magyar férfiak között nem fordult elő fogazat nélküli személy. Ugyanebben az életkori csoportban a magyar férfiak 60,8 %-ának, a roma férfiak 87,1%-ának nincs fogpótlása ($P < 0,05$). Jelentős különbség van a romák kárára a fehérenemű, valamint az ing/blúzváltás gyakoriságában. A magyarok többsége (87,9%) fehéreneműt naponta, 11,1%-a kétnaponta cserél. A romák 64,3%-a naponta, 33,2%-a kétnaponta vált fehéreneműt ($P < 0,01$). Az inget/blúzt naponta cserélők aránya nagyobb a magyar csoportban, míg a hetente cserélők aránya a romáknál haladja meg a magyarokét (81,2% vs. 58,6%, illetve 16,4% vs. 39,9%; mindkét esetben: $P < 0,01$). A magyar munkanélküliek téli ruházata nagyobb arányban megfelelő, mint a romáké (90,8% vs. 82,9%; $P < 0,05$). Ruhatisztítást a megkérdezett romák 65,3%-a soha nem vesz igénybe, ez az arány a magyaroknál 32,9% ($P < 0,01$). Tisztálkodó és mosószerre a romák kevesebbet költenek. A magyarok 49,3%-a, a romák 31,1%-a költ több mint 3000

forintot havonta erre a célra ($P < 0,01$). A romák egyharmada kevesebb, mint 1000 forintot tud havonta erre áldozni (10,1 % vs. 31,1%; $P < 0,01$) (6).

Életmód. Táplálkozás - étkezési szokások. Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek közel fele (46,9% vs. 46,1%; n.sz.) naponta háromszor étkezik. Naponta kétszer van erre lehetősége a romák 29,5%-ának, a magyarok 15,9%-ának; ($P < 0,01$). Kevesebb, mint 6% mindkét csoportban csak egyszer étkezik naponta. Főzéshez kizárólag olajat használ a magyarok 45,4%-a, a romák 34,2%-a; ($P < 0,05$). A válaszadó romák között jelentősen nagyobb azok aránya, akik a zsírt /olajat vegyesen, többször felhasználják (40,6% vs. 62,2%; $P < 0,01$). A megkérdezettek fele heti 3-4 alkalommal fogyaszt húskészítményt; jelentős különbség van a tej és a halfogyasztás között. Tejet naponta a magyarok 38,2%-a, a romák 21,8%-a fogyaszt; ($P < 0,01$). A roma családok többsége nem vagy nagyon ritkán fogyaszt halat (58,9% vs. 78,8%; $P < 0,01$). Naponta zöldséget, főzelékféléket, és gyümölcsöt a magyarok 27,1%-a, a romák 14,5 %-a fogyaszt ($P < 0,01$) (6).

Testmozgás, sportolás. A munkanélküliek többsége rendszeres (naponta, hetente többször) testmozgásra, sportolásra nem fordít időt. A rendszeresen sportoló, testmozgást végző magyar férfiak és magyar nők 25,4%-a, illetve 16,1%-a így is szignifikánsan nagyobb arányú, a roma férfiak 14,6%-ához, a roma nők 6,2%-ához viszonyítva; mind a férfiak, mind a nők esetében $P < 0,05$. Sajnálatosan nagy a sportolásra, testmozgásra „soha” választ adók aránya. A testmozgást soha nem végző magyar és roma munkanélküliek

aránya közötti különbség feltűnően nagy (32,4% vs. 65,3%; $P < 0,01$) (6). *Dohányzás.* A magyar és a roma csoportok között a dohányosok aránya jelentősen különbözik (57,5% vs. 68,4%; $P < 0,05$). A roma munkanélküliek fiatalabb korban kezdenek dohányozni, mint a magyarok (18,3 vs. 15,3 évesek; $P < 0,01$). A romák körében nagyobb a nagydohányosok aránya; a magyar nők 20,1%-a szív naponta több mint 20 szál cigarettát, a roma munkanélküli nők között ez az arány 41,2%; ($P < 0,05$) (6). *Alkoholfogyasztás.* Nem értékelhető. *Drogfogyasztásról* egyik csoport, egyetlen tagja sem tett említést.

4.2. *A magyar és roma munkanélküliek egészségi állapotának összehasonlítása (önértékeléssel, illetve klinikai vizsgálattal).* A romák munkanélkülivé válását egészségi állapotuk a magyarokénál jelentősebben befolyásolta. Ez különösen szembeütő volt a magyar és roma munkanélküli nők válaszainak összehasonlításakor (12,9% vs. 26,8%; $P < 0,05$). A válaszadók többsége jelenlegi egészségi állapotát jónak vagy közepesnek és mindössze néhány esetben minősítette rossznak. Ezzel szemben – egyidejűleg – munkaképességét a fizikai igénybevétellel járó lehetséges munkája (a bevezetés előtt álló közfoglalkoztatási, vagy a kizárólag saját döntésétől függő idénymunkára való vállalkozása) szempontjából a válaszoló magyar és roma férfiak többsége (79% vs. 71,9%; n.sz.) egyaránt rossznak tartja. Szellemi igénybevételi képességét a munkanélküliek többsége rossznak minősíti (6).

Anamnézis – családi anamnézis. Az élő szülők aránya nem különbözik a magyar és roma munkanélküliek esetében. A ro-

ma férfiak elhunyt szülei szignifikánsan rövidebb ideig éltek, mint a magyar férfiak elhunyt szülei. *A személyi anamnézis felvételekor, illetve a kérdőíveken megjelenő válaszok többségében visszatérő panaszok között a leggyakoribb a rossz kedélyállapot, szorongás, alvászavar, szellemi, illetve fizikai kimerültség, fáradtság, szédülés, szapora pulzus, mellkasi szorítás, ingerlékenység, csont-izületi-izom fájdalmak, derék-, fej-, nyakfájás, gyomor-bél bántalmak szerepeltek. A romák és magyarok esetében több panasz gyakorisága különbözött; különbség volt az életkori kategóriák között is, az életkor előrehaladásával a panaszok gyakorisága megnőtt (6). *A foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálatok során a munkavégzésre való alkalmatlanságot az esetek 28,9%-ában szív- és érrendszeri megbetegedések, 13,7%-ban légzőszervi betegségek, 27,0%-ban mozgásszervi megbetegedések (utóbbiakat elsősorban a roma munkanélküliek között diagnosztizáltuk), 6,1%-ban emésztőszervi, 9,2%-ban egyéb betegségek okozták. A betegség típusok a 2000-2006 között észleltekhöz képest nem szignifikáns aránykülönbségekben változtak. A munkavégzésre való alkalmatlanságot okozó megbetegedések túlnyomó többsége pszichoszomatikus eredetű (6).**

4.3. *A magyar és roma munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága gyakoriságának összehasonlítása. A Kistérség munkanélkülijeinek egészségi okokkal összefüggő munkavégzésre való alkalmatlansága az országos átlagnál nagyobb gyakoriságú, a romák magyarokénál munkavégzésre való alkalmatlanságának egészségi okok miatti várható gyakorisága több mint kétszer*

nagyobb, mint a magyar munkanélkülieké. A munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága szignifikánsan nagyobb az első, mint a második generációs munkanélküliek között, és az életkor előrehaladásával szignifikánsan tovább nő; a ≥ 45 éves munkanélküliek között 3,15-ször nagyobb a munkavégzésre alkalmatlanok aránya, mint a 30 évnél fiatalabbak között. A nők munkavégzésre való alkalmatlanságának gyakorisága meghaladja a férfiakét; a munkavégzésre alkalmatlanok gyakorisága nem függ össze a munkanélküliség idejének hosszával, de a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlanságának kockázata csaknem 30-szorosan haladja meg a foglalkoztatottakét. (6).

5. *A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása.*

5.1. Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek mentális és lelki egészségkárosodásának gyakorisága megnő. Azt, hogy a munkavégzésre alkalmatlanná váló munkanélküliek alkalmatlanságot okozó megbetegedéseinek túlnyomó többsége pszichoszomatikus eredetű, egyrészt elsősorban a munkanélküliség stresszor, stresszor-sorozat hatásával, anamnézissel, explorációval, klinikai vizsgálattal történt feltárásával, másrészt a stresszor-hatást igazoló ún. papír-ceruza tesztekkel bizonyítottuk a nagyon elmaradott, vegyes etnikumú Kistérségben. Megállapítottuk, hogy a munkanélküliség stresszor vagy pontosabban folyamatosan változó stresszor sorozatként hat. Így evidencia: a munkanélküliség distresszt és distresszt követően kialakuló pszichoszomatikus,

magatartási és esetenként pszichiátriai megbetegedéseket okozhat.

- 5.2. A magyar és roma munkanélküliek lelki egészségváltozásai között további jelentős különbségek is vannak. A roma férfiaknak több mint 13-szor, a roma nőknek több mint 3-szor nagyobb esélye van a rossz lelki egészségi állapotúak közé történő besorolásra, mint a magyaroknak. Nagyon nagy különbség van a diszkrimináció gyakoriság érzésében is a romák kárára. Az életkor előrehaladásával szignifikánsan megnő a kimerülés érzés gyakorisága, ugyancsak a romák kárára. A romák önbizalma a magyar munkanélküliekhez viszonyítva csökken; a csökkenés a férfiak között 3-szoros, a nők között 2,5-szeres. Fontos különbség, hogy a romák társas kapcsolata szegényesebbé válik a magyarokénál: 3,5-ször kisebb a roma nők társas kapcsolat kialakításra való esélye, mint a magyar nőké. Úgy tűnik, hogy a magyar fiatalokat (a különbség nem szignifikáns) a munkanélküliség jobban megrázza, mint a roma fiatalokat. A Lüscher teszt arra utal, hogy a magyar munkanélküliek megküzdése logikusabb, célszerűbb, mint a romáké, amely inkább érzelmi alapú (7).
6. *Az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanélküliek életkörülményeinek / életminőségének változása Magyarország EU tagországgá válást követően, illetve a pénzügyi-gazdasági világság éveiben.*
8-10 éves különbséggel az Ózdi Kistérség munkanélkülijei között végzett vizsgálatokkal megállapítottuk, hogy az általunk vizsgált munkanélküliek között a 8 általánost be nem fejezett munkanélküliek aránya (elsősorban a romák között) az ország EU tagsága idején

szignifikánsan megnőtt, ezzel egyidejűleg viszont a dohányzás visszaszorulását mértük (4).

Következtetések

1. *Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek közegészségügyi helyzete aggályos és veszélyezteti a Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságát. A Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságának szintje az országos átlag alatt van és ez elsősorban a Kistérségben az országos átlagnál nagyobb arányban élő roma, kisebb, de mérhető arányban, az ugyancsak mélyszegénységben élő magyar munkanélküliekhez kötött. A romák többsége cigánytelepeken (gyakran putrikban), vagy telepszerű elrendeződésben, míg a romák kisebb része a magyar lakossággal integráltan él. Mind az in-door, mind az out-door lakókörnyezet kifogásolható. A telepi lakások higiénés állapota, zsúfoltsága nemcsak a közegészségügyi-járványügyi biztonságot veszélyezteti, hanem megakadályozza a pihenést, a tanulást, amely utóbbi lehetetlenné tétele egyszersemind a munkanélküliség konzerválásának, a második generációs munkanélküliség bővülésének, a romák (és a mélyszegénységben élő magyar kisebbség) társadalom perifériájára való sodródásának legnagyobb hajtóereje és egyszersemind ezeknek a roma és magyar embereknek a társadalmi felzárkózását elsősorban megakadályozó tényezője. A társadalom perifériájára sodródott emberek lelki- és testi egészséget romboló helyzetből való kitörését, a távlati célként megjelölendő középosztályhoz való felzárkózásának kulcsát a megfelelő képzettség elérésének biztosításában látjuk. Eredményeink alapján arra következtetünk, hogy ennek előfeltétele a tanulásra alkalmas lakóhelyi környezet. Meggyőződésünk: meg-*

felelő szintű felzárkóztató képzést követő (a hazai programok, előírások a felzárkóztató képzést a 2014/2015-s tanévtől biztosítják), az integrált, magas szintű oktatás csak akkor járhat eredménnyel, ha a tanulási feltételek biztosítottak. Ezek a feltételek cigánytelepeken, de az Ózdi Kistérség munkanélküliei nagyobb többségének lakásaiban nem állnak és külső segítség nélkül nagy valószínűséggel nem is fognak rendelkezésre állni. A (definíciónk szerinti) cigánytelepeket meg kell szüntetni, lakóinak megfelelő lakásokat kell biztosítani. A megfelelő in-door környezet mellett a kulturált out-door lakókörnyezet is szükséges. Ennek érezhető javulása ellenére az optimális out-door higiénés környezet elérése ma még csak célként tűzhető ki.

2. *A munkanélküliség megnöveli az egészségkárosodások gyakoriságát. A munkanélküliek egészségi állapotát befolyásoló és/vagy meghatározó in-door és out-door környezet-egészségügyi helyzete, személyi higiénés szokásai, életmódja, szociális helyzete (és egyéb, ún. az egészséget befolyásoló moderátorok – pl. szegénység, képzetlenség hiánya) agyályos, és kifejezetten hátrányosabb az aktív dolgozóknál. Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek egészségi állapota az ország más térségeiben (pl. megyeszékhely, főváros) élő munkanélküliekénél is rosszabb. Ez a tény elsősorban a Kistérségben élő roma munkanélküliek nagy arányához kötődik, akik túlnyomó többségének az egészséget befolyásoló/meghatározó paraméterei kivétel nélkül szignifikánsan különböznek a Kis-*

térségben élő magyar munkanélküliekétől és a különbség minden esetben a romákra nézve hátrányos. Következtetésünk igazolását illetően utalunk arra, hogy logisztikus regressziós számításokkal meghatároztuk: a magyar munkanélküliek megbetegedésének kockázatát a roma munkanélküliek egészségkárosodásának kockázata kétszeresen meghaladja.

3. *A munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága egészségi okok következményeként jelentősen gyakoribb, mint a foglalkoztatottaké. Logisztikus regressziós analízissel meghatároztuk, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek munkavégzésre való alkalmatlanságának esélye 30-szor nagyobb mint a foglalkoztatottaké.*
4. *A munkavégzésre való alkalmatlanságot okozó megbetegedések (a munkanélküliség stresszorkénti direkt egészségkárosító hatásának igazolásával) túlnyomó többsége pszichoszomatikus és magatartási eredetű⁵.*
5. *A munkanélküliség jelentős mentálhigiénés, lelki egészségkárosodásokat okoz. A munkanélküli romák és magyarok lelki egészségi állapotának károsodása között kvantitatív és kvalitatív különbségek vannak. Népegészségügyi szempontból legjelentősebb kvantitatív különbség: a pszichoszomatikus megbetegedések a roma munkanélküliek között szignifikánsan gyakoribbak, mint magyar honfitársaik körében. Kvalitatív különbség (egyet igazoltunk): munkanélküliségük elutasítását a magyarok inkább logikai, a romák inkább*

⁵ az eredmény összhangban van egyrészt munkacsoportunk több mint két évtizede megfogalmazott koncepciójával, miszerint a munkanélküliség stresszorok, stresszor-sorozatok forrása, tehát distresszhez kötött megbetegedéseket kell, hogy okozzon; másrészt összhangban van a legújabb (2014-ben közzé tett) lakossági felmérésekkel, miszerint az Amerikai Egyesült Államok egy 15 éves periódusában a munkanélküliség változásával szoros korrelációban van a pszichoszomatikus megbetegedések gyakorisága.

érzelmi alapokra helyezik. Teljes mértékben azonos azonban, hogy mind a roma, mind a magyar munkanélküliek elutasítják a munkanélküliség tényét.

6. *A munkanélkülieket sújtó, a foglalkoztatotakénál gyakoribb megbetegedések oka több sarkalatos, a munkanélküliségre jellemző kiváltó ok, következmény (szegénység, képzetlenség – a munkanélküliséghez hasonlóan mindkettő önmagában is egészségkárosító – tanulásra alkalmatlan lakókörnyezet, aggályos közegészségügyi-járványügyi biztonság, nem kielégítő személyi higiéné, kifogásolható életmódszabvány, mindezeket a hatások erősítő, módosító további ún. moderátorok) hatása egymással összegződhet, sőt egymás hatását potenciálhatja is. Ezáltal összekapcsolódva olyan circulus vitiosus vagy circulus vitiosus rendszerek alakulhatnak ki, amelyek a testi és lelki egészségre irreverzibilisen károsan hathatnak, újabb betegségeket okozhatnak, gyorsíthatják a meglévők progresszióját. A circulus vitiosus feltételezett kialakulása: a képzetlen munkanélküliek egyre szegényebbek lesznek, és a szegénység szüli a második generációs munkanélküliséget, növeli az első generációs munkanélküliség tartósságát; nincs jövedelem-többlet, tovább nő a szegénység, amely a tanulás feltételeit nem biztosító lakókörnyezettel együtt a munkanélküliséggel sújtottakat egyre inkább a társadalom periferiájára sodorja, a felzárkózást gyakorlatilag lehetetlenné teszi. Megjegyzés (lásd. 4. pont): a munkanélküliség mint stresszor, stresszor-sorozatok forrása akkor is megbetegedést okoz, ha a többi oki tényező hiányzik; ez esetben kizárólag distresszhez kapcsolódó egészségkárosodásokat idéz elő.*
7. *Az értekezésben bemutatott hasonló elemzések a programra fordított költségek ismeretében*

nemcsak a program eredményességének, hanem gazdaságossági megítélésére is alkalmasak. A különböző szegénységet felszámoló, cigányokat támogató, ambiciózus EU és hazai programok eredményességét rendszeresen kontrollálni kell. A továbbiakban is szükség van kis- vagy nagyobb térségek közegészségügyi, egészségvédelmi, népegészségügyi elemzéseire, amelyek eredményével a bekerülési költségek és a lokálisan felhasznált pénzüsszegek összevethetőek, a tevékenységek értékarányosan bemutathatóak és megíthetőek.

Irodalomjegyzék

1. *Ungváry Gy, Hegedűs I. (2014) Rövid nemzetközi és hazai irodalmi áttekintés a munkanélküliségről – a munkanélküliség egészségkárosító hatásáról. Foglalkozás-egészségügy, 18 (4): 177-196.*
2. *Hegedűs I, Szakmáry É, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2010) Public health conditions of the unemployed in the Ózd small area before the financial-economic world crisis I. Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med., 16(3-4): 183-189.*
3. *Hegedűs I, Szakmáry É, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2011) Public health conditions of the unemployed in the Ózd small area (Micro-Region) before the financial-economic world crisis II. Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med., 17 (1-4): 3-44.*
Hegedűs I, Szakmáry É, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2012) A munkanélküliek közegészségügyi helyzete és egészségi állapota az Ózdi Kistérségben a pénzügyi-gazdasági világválság előtt II. Foglalkozás-egészségügy, 16(3): 91-118.

4. Hegedűs I, Morvai V, Rudnai P, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy.(2014) Roma és nem roma munkanélküliek közegészségügyi helyzete az Ózdi kistérségben. *Orvosi Hetilap*, 155 (15): 582-589.
5. Ungváry Gy, Szakmáry É, Hegedűs I, Odor A, Paksy A, Morvai V. (2014) Telepeken, illetve telepszerű lakókörnyezetben élő romák közegészségügyi helyzete e kétféle lakókörnyezet életminőséget meghatározó jelentős különbsége Magyarországon a pénzügyi-gazdasági világválságot megelőzően. *Egészségtudomány, LVIII. évf.*, 58 (3): 41-75.
Ungváry Gy, Szakmáry É, Hegedűs I, Odor A, Paksy A, Morvai V. (2014) Public health situation of Roma living in colonies or colony-like conditions and the significant differences determining quality of life of these two types of living environments in Hungary. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.*, 20(1-2): 119-150.
6. Hegedűs I, Morvai V, Rudnai P, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy.(2014) Life style, personal hygienic habits, health status and fitness for work of Hungarian and Roma unemployed in the Ózd Micro Region. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.*, 20 (3-4): 155-189.
7. Hegedűs I, Plette R, Szakmáry É, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2015) A munkanélküliség mentálhigiénés/ a lelki egészségre kifejtett hatásáról. *Foglalkozás-egészségügy* 19 (1): 3-23.
A téma felvetését megalapozó közlemények, idézhető absztraktok
Hegedűs I. (2000) A közhasznú munkát végzők és a foglalkozás-egészségügy. *Foglalkozás-egészségügy*, 4 (4): 23-27.
Hegedűs I (2003) A munkanélküliség egészségkárosító hatásának vizsgálata. *Foglalkozás-egészségügy*, 7 (2): 50-58.

„*A munkanélküliek támogatása... .. olyan kötelezettség, amely az erkölcsi rendnek e térre vonatkozó alapelvéből származik: a javak közös használatának elvéből, vagy másként és még egyszerűbben szólva, az élthez és az élet fenntartásához való jogból*”

LABOREM EXERCENS
II. János Pál pápa enciklikája.
A RERUM NOVARUM enciklikája
megjelenésének 90. évfordulója
alkalmából (1981)

Szakmai, szakmapolitikai tájékoztatás¹

Tájékoztatás a Munkavédelmi Bizottság 2016. december 12-ei plenáris üléséről

A Munkavédelmi Bizottság (a továbbiakban: Bizottság), amely a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 78. § rendelkezése alapján az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéssel kapcsolatos országos érdekegyeztetés legmagasabb fóruma, - a munkavállalók, a munkáltatók érdekképviseleti szervezetei és a Kormány képviselőinek részvételével – megtartotta a 2016. évi negyedik plenáris ülését, az alábbi napirendi pontok megtárgyalásával.

A napirendi pontok megtárgyalása előtt a levezető elnök, Borhidi Gábor a Munkavállalói Oldal ügyvivője köszöntötte az ülésen résztvevőket. Tájékoztatva a jelenlévőket, hogy a Magyar Szakszervezeti Szövetség átalakulása miatt Kondor Norbert fogja ellátni a szervezet képviseletét a Bizottságban. Borhidi Gábor a Független Szakszervezetek Demokratikus Ligájának megbízottjaként vesz részt a Bizottság további munkájában. Kiss Gábor, a Szakszervezetek Együttműködési Fórumának delegáltja lemondott a megbízatásáról

1. A Munkavédelem Nemzeti Politikája ütemtervének ismertetése

Nesztinger Péter, a kormányzati oldal ügyvivője tájékoztatta a Bizottságot, hogy elkészült a Munkavédelem Nemzeti Politikájának végrehajtási ütemterve. Ismertette a feladatokat és a megvalósítás tervezett időintervallumait. Kiemelte, hogy a végrehajtást folyamatosan fi-

gyelemmel fogják kísérni és az eredményekről rendszeresen be fognak számolni.

2. Tájékoztatás a 2017. január 1-től várható jogszabály-módosításokról

Dr. H. Nagy Judit ismertette a folyamatban lévő jogszabály-módosításokat. Elmondta, hogy a 320/2014. (XII. 13.) korm. rendelet módosítása december 2-án jelent meg. A módosítás eredményeként 2017. január 1-től a munkavédelmi hatósági feladatokat a foglalkoztatás politikáért felelős miniszter és a fővárosi és megyei kormányhivatalok járási hivatalai látják majd el. A másodfokú hatósági jogkör megszűnik, az első fokú hatósági döntésekkel szemben közvetlenül a bírósághoz lehet fordulni.

3. A munkavédelmi képviselő választásához kapcsolódóan előkészített Munkavédelmi Bizottsági Ajánlásnak az ismertetése és elfogadása

Dr. H. Nagy Judit elmondta, hogy a munkavédelmi érdekképviselet, érdekegyeztetés egyes kérdéseiről szóló Munkavédelmi Bizottság által megfogalmazott Ajánlás a munkavállalói oldal átdolgozta, valamint az Ajánláshoz készült egy Függelék, amely a munkavédelmi képviselő választás szabályait tartalmazza. Mandrik István

¹ *Rovatvezetők: Balogh Katalin – Nemzetgazdasági Minisztérium, Ímél: katalin.balogh@ngm.gov.hu, Dr. Nagy Imre – OTH Munkahigiéniés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: nagyimre@omfi.hu*

a munkaadói oldal ügyvivője kihangsúlyozta, hogy az átdolgozásra azért volt szükség, mert változtak a munkajogi feltételek, a tapasztalatok alapján az Ajánlás elavulttá vált. A Függelék elősegítheti a munkahelyeken a munkavédelmi képviselő választást.

4. *Tájékoztatás a foglalkoztatás biztonságának és jogszerűségének fejlesztése című projekt terveiről.*

Nesztinger Péter tájékoztatta a jelenlévőket a projekt célcsoportjairól, a fő feladatcsoportokról, az egyes feladatokat hogy akarják megvalósítani.

5. *Egyebek*

A munkaadói és munkavállalói oldal megköszönte az idei évi munkát. Borhidi Gábor hozzátette, hogy az idei évben a munkavállalói oldal profitált a legtöbbet. Olyan változásokat sikerült keresztülvinniük, amelyeket hosszú ideig nem sikerült megvalósítani, például a munkavédelmi képviselő választás.

Készítette:

Dr. H. Nagy Judit,

a Munkavédelmi Bizottság Titkára

Jóváhagyta:

Cseresnyés Péter,

Munkaerőpiacért és Képzésért Felelős Államtitkár

Együttműködés a munkahelyek biztonságáért

A munkáltatók és a munkavédelmi és munkaügyi hatóság között 10 éve létrejött a „Partnerség a foglalkoztatás biztonságáért” elnevezésű együttműködési (partnerségi) program, melynek célja a munkavállalók garanciális jogainak, valamint a tisztességes vállalkozások elismerésének biztosítása, a foglalkoztatás biztonságának és jogszerűségének növelése, a munkakörülmények javítása és a jogszerű foglalkoztatás biztosítása. A kezdeményezés egyrészt hozzájárul a foglalkoztatás és a foglalkoztatási kultúra értékeinek megőrzéséhez és továbbfejlesztéséhez, másrészt lehetőséget nyújt arra, hogy partneri viszony alakuljon ki a két hatóság és a munkaerőpiac szereplői között.

A 10 évvel ezelőtt meghirdetett partnerségi program célkitűzései jelenleg is aktuálisak és egyeznek a szakpolitikai célokkal, így elsődlegesen a munkáltatók jogkövetésének ösztönzésével és az állam szolgáltató szerepének erősítésével. Az időközben bekövetkezett gazdasági és jogszabályi változások

okán a célok megvalósítása és az elért eredmények megtartása érdekében a program 2016. október 27-vel megújult, átalakult.

Az Együttműködés résztvevői határozottan elzárkóznak a feketefoglalkoztatás minden megvalósulási formájától, így különösen a munkaszerződés nélküli, a bejelentés nélküli, a színlelt szerződéssel megvalósuló, a teljes munkaidős foglalkoztatás esetén részmunkaidős bejelentéssel, illetve a jogellenes munkaerő-kölcsönzéssel történő foglalkoztatástól. A munkavállalók biztonságos foglalkoztatása - élete, testi épsége, egészsége - a társadalom és a nemzetgazdaság egyik legfontosabb érdeke, egyben a munkáltató alapvető kötelessége. Ezért a résztvevők vállalják, hogy lehetőség szerint az alapvető követelményeket meghaladó mértékben biztosítják munkavállalóik részére az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkakörülményeket és munkafeltételeket.

Az Együttműködéshez csatlakozó munkáltatók hasz-

nálják az „Együtműködés a munkahelyek biztonságáért - Partner” feliratot.

Az „Együtműködés a munkahelyek biztonságáért” elnevezés alatt megújult program a partnerséget vállaló munkáltatók számára új, kedvezőbb lehetőségeket is kínál. Az új lehetőségek közül a legfontosabbak a következők:

- A Nemzetgazdasági Minisztérium által kiadott Munkavédelem és Biztonságtechnika című folyóirat térítésmentes megküldése.
- Évente pályázat hirdetése a „Biztonságos munkahely” cím elnyerésére. A győztes pályázatokat tárcánk a honlapján közzéteszi, a partner pedig - a partnerség fennállása alatt - jogosulttá válik a cím használatára.
- Helyszíni munkavédelmi tanácsadás lehetőségének biztosítása a Munkavédelmi Információs és Tanácsadó Szolgálat útján.
- A munkaügyi tájékoztatás, felvilágosítás, illetve munkavédelmi tanácsadás körébe tartozó kérdések soron kívül megválaszolása.
- Meghívás a munkavédelmi és munkaügyi ható-

ságok által szervezett nyílt napokra és rendezvényekre, amelyeknek fő célja, hogy segítse a munkavédelmi és munkaügyi jogszabályok helyes alkalmazását.

Minden munkáltatónak lehetőséget kínálunk, hogy vegyen részt a kölcsönös előnyöket biztosító Együtműködésben. Amennyiben a megújult program felkeltette érdeklődését és megfelel a csatlakozási feltételeknek, valamint az Együtműködés feltételeit elfogadja, a **Partnerségi nyilatkozat** kitöltésével tud csatlakozni az Együtműködéshez.

A csatlakozni szándékozó munkáltatók a www.ommf.gov.hu internetes oldal Partnerség menüpontból megnyitva megismerhetik Partnerségi dokumentum tartalmát, elveit, illetve letölthetik a csatlakozási nyilatkozatot.

A kitöltött Partnerségi nyilatkozatot a kontroller@ngm.gov.hu e-mail címre kell megküldeni.

Dr.Lesfalvi Tibor

Nemzetgazdasági Minisztérium

„... Az Egyház tanításában... az emberi munka az egész szociális kérdésnek minden valószínűség szerint elsődleges sarkpontja, ha ezt a kérdést valóban úgy akarjuk vizsgálni, hogy az embernek javát szolgálja.”

LABOREM EXERCENS

II. János Pál pápa enciklikája.

A RERUM NOVARUM enciklikája

megjelenésének 90. évfordulója

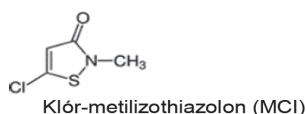
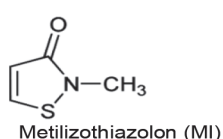
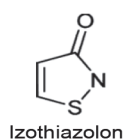
alkalmából (1981)

Esetismertetés¹

A metilizotiazolon (MI) allergia által okozott foglalkozási bőrbetegségek, esetismertetések 2010-2015. között, az MI allergia foglalkozás-egészségügyi vonatkozásai

Az MI izotiazolon származék, antibakteriális, antimitotikus, algásodást gátló biocid anyag. Kiterjedten alkalmazzák kozmetikumok, háztartás vegyipari termékek és ipari anyagok pl. festékek, ragasztók, gyanták, ipari olajok, hűtőkeverékek tartósítására.

Az MI, ill. az izotiazolon vegyületek allergizáló, toxikus és irritatív hatású anyagok, kereszt-érzékenység előfordul. Ipari anyagokban, elsősorban a klórmetilizotiazolon és metilizotiazolon keveréket (MCI+MI) Kathon CG-t alkalmaznak.



Kathon CG
MCI/MI (3:1) keverék

Az MI allergiát a kórtörténeti adatok, a klinikai tünetek alapján és az MI, ill. MCI/MI keverék epikután próbájával lehet igazolni. Tesztelési koncentráció MI 0,2% vizes oldat, MCI/MI 0,01% vizes oldatban.

Az MI allergia izotiazolon érzékenységet jelent, ezért allergia esetén izotiazolon típusú anyagokkal a kontaktus kerülése javasolt. Az utóbbi években irodalmi adatok alapján, epidemiológiai vizsgálatok szerint a tesztelt körében az MI allergia incidenciája „járványszerűen” nőtt, gyakorisága eléri a 20-25%-ot. Háttérben az MI környezeti prezervatív anyagként való alkalmazásának növekedése áll, mely az MI allergia foglalkozás-egészségügyi jelentőségét is növeli.

Az MI allergia – függetlenül attól, hogy környezeti vagy munkahelyi anyag okozta – egy életen át fennáll, munkaalkalmassági problémát okozhat és végső soron a munkahely, a szakma elvesztésével járhat. Elsősorban fodrászok, kozmetikusok, festők, padlóburkolók, hidegburkolók, fém feldolgozók veszélyeztetettek (1).

MI allergia által okozott bőrtünetek

- kontakt dermatitisz
- disszeminált kontakt dermatitisz
- „Airborne” kontakt dermatitisz (légtéri expozíció esetén, a ruhától fedetlen területeken)

MI allergia okozta foglalkozási bőrbetegségek Magyarországon:

Az első hazai MI allergia közlés 2010-ben történt. A szakrendelésünkön vizsgált beteg bőrtüneteit a CNC (Computer Numerical Control) gépi forgácsolás során alkalmazott Kathon CG biocidot tartalmazó hűtőfolyadékra kialakult allergia okozta, melynek

¹ Rovatvezetők: Dr Lászlóffy Marianna, Ímél: mlaszloffy@omfi.hu, Dr Nagy Károly – OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: nagykaroly@omfi.hu

kialakulását a nem megfelelő, a folyadékot átengedő pamutkesztyű használata is elősegítette (2).

A szakrendelésünkön 2010-2015 között vizsgált, tesztelt betegek körében az MI allergia gyakoriságát, az MI allergia okozta foglalkozási bőrbetegségek kiváltó okait és a megelőzés lehetőségeit tanulmányoztuk. Szakrendelésünkön az MI allergia igazolása Kathon CG allergénnel történt, melyet a magyar standard epikután sorozat tartalmaz.

2010-2015. között tesztelt 326 beteg közül mindössze 22 fő (6%) volt Kathon CG érzékeny, mely az irodalomban közölt gyakorisági adatok alatt van. Közülük 6 főnél az érzékenység foglalkozási eredetűnek bizonyult (1,8%), a vizsgált időszakban a vezető allergén a nikkelt volt (28%).

A Kathon CG allergia okozta foglalkozási bőrbetegségek rövid esetismertetései: kor, nem, a betegség kialakulásával kapcsolatos expozíciós idő, a klinikai diagnózis ill. szakvélemények feltüntetésével.

A szakvélemény kialakítása a klinikai vizsgálat, allergológiai vizsgálatok (rutin epikután próba a leggyakoribb kontakt allergénekkal, hozott munkanyagokkal), ill. a munkavégzésre, ill. a munkahelyi vegyi expozícióra vonatkozó adatok alapján történt.

2011-ben 4 fő CNC gépkezelőt vizsgáltunk.

Nevezettek alumínium ötvözet forgácsolását végezték, alumínium forgácsokkal, ill. mivel a technológia hőhatással jár, hűtőemulzióval érintkeztek.

- 26 éves nő, expozíciós idő 5 hónap. Dg.: „Airborne” dermatitis bullosa.
- 27 éves ffi., expozíciós idő 1 év. Dg.: Dermatitis contacta bullosa man. l. u.
- 34 éves ffi., expozíciós idő 3 hónap. Dg.: Derm. cont. man. et antebrachii l. u.
- 34 éves ffi., expozíciós idő 3 hét. Dg.: „Airborne” contact dermatitis bullosa.

Szakvélemény:

A CNC fémforgácsolás modern – computer vezérelt technika -, mely hő felszabadulásával jár, emiatt hűtőfolyadékot alkalmaznak. A hűtőfolyadék tartósítására különböző biocidokat, leggyakrabban Kathon CG-t használnak.

Nevezetteknel a foglalkozással összefüggő bőrtüneteket a r. rhenus FU 53, ill. 70 W hűtőfolyadékban lévő Acticide LA (Kathon CG) mikrobaölő adalékanyagra kialakult allergia, ill. munkavédelmi hiányosság, a megfelelő védelmet nem biztosító pamut védőkesztyűn történt áthatolás miatt, a hűtőfolyadék lúgos irritáló hatása okozta.

- 21 éves nő, pasztagyártó, expozíciós idő 2 hét. Nevezett munkája során ólmos és ólommentes paszta csomagolását, töltését végezte. Munkájához gumírozott kesztyűt használt. Gyermekkora óta fennálló ekzémás panaszai a jelzett munkakörben lényegesen romlottak. Dg.: Dermatitis atopica et contacta man. l. u.

Szakvélemény:

Nevezettnél az allergológiai vizsgálat Kathon CG és Thiuram mix gumigyártási segédanyag keverék iránt érzékenységet igazolt, melyekkel a munkavállaló munkahelyén rendszeresen érintkezett: gumírozott védőkesztyűben dolgozott és kötelezően Kathon CG-t tartalmazó Aloe Vera munkavédelmi kézkrémet használt.

- 36 éves ffi., ragasztógép kezelő, operátor, expozíciós idő 1 év. Munkahelyén ragasztó alapanyagok összeállítását, kiszerezését, töltését végezte. Munkavégzéshez porálarc, gázálarc, többféle kesztyű biztosítva volt. Dg.: „Airborne” contact dermatitis.

Szakvélemény:

Nevezettnél az allergia vizsgálat Kathon CG érzékenységet igazolt. Bőrbetegségét elsősorban az izotiazolon típusú biocidokkal való munkahelyi

érintkezés váltotta ki, mely több termékben is előfordult (Acticide MBS, Bodoxin, Nipacide Bit 20).

Összegzés, tanulságok

Tesztelt betegeink körében az MI allergia gyakorisága 6% volt, „járványszerű” előfordulását nem észleltük, vezető allergén továbbra is a nikkell. A legtöbb MI allergiát valószínűleg környezeti expozíció okozta, ipari felhasználás során oki szerepét mindössze 1,8%-ban tudtuk igazolni, elsősorban CNC típusú fém megmunkálás kapcsán észleltük. Vizsgálataink alátámasztják azt, hogy az MI allergiát elsősorban környezeti expozíció okozza, a foglalkozási eredet kevésbé játszik szerepet.

Megelőzés, prevenció intézkedések:

A prevencióban fontos a széleskörű felvilágosítás, a munkahigiénés és munkavédelmi előírások betartása. Gyanú esetén a gyors orvosi kivizsgálás és kezelés. Igazolt MI allergia esetén a megfelelő foglalkozás-egészségügyi intézkedések megtétele (munkakör módosítás, munkakör-, foglalkozásváltás), természetesen egyidejűleg a környezeti expozíció kerülése is szükséges.

A hatékony prevenciót elősegíti az MI környezeti és foglalkozási felhasználásának, expozíciójának egyidejű csökkentése, EU-s szinten való jogi szabályozása.

Magyarországon a kozmetikumok előállításához felhasználható anyagok köre, ill. a felhasználás területe szigorúan szabályozott (3).

Az alaprendelet 2016-ban módosult.

- Jelenleg MI-t csak lemosható kozmetikai termékekben lehet használni (pl. tusfürdő, hajmosószer) 0,01%-ban. A rendelet tiltja az MI

tartósítószerként való felhasználását nem lemosható, bőrön maradó termékekben (4)

- MCI/MI keverék, Kathon CG felhasználhatósága lemosható termékekben 0,0015% lehet. Amennyiben a termékben Kathon CG van, egyidejűleg MI nem lehet(5).

Az irányelvek ipari anyagokra nem vonatkoznak, biocidként való felhasználásuk jelenleg felülvizsgálat alatt van.

Irodalom:

1. Gordon, L., Oakley, A.: *Methylisothiazolinone allergy. DermNet New Zealand. 2016. Hozzáférés: 2017. jan. 26. <http://www.dermnetnz.org/topics/methylisothiazolinone-allergy/>*
2. Kohánka Valéria: *Foglalkozási eredetű bőrbetegségek. Foglalkozás-egészségügy. 14. évfolyam, 2010. 3. szám, 126-128.o.*
3. *1223/2009 EK rendelet a tartósítószerre vonatkozó szabályok, 5. sz. melléklet*
4. *1198/2016/EU rendelet*
5. *1003/2014/EU rendelet*

Dr.Kohánka Valéria

*Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi
Főosztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Tel.: (1) 459-3083*

Folyóiratreferátumok¹

A támogató vezetői magatartás és a hiányzások, illetve a betegen történő munkavégzés költségei közötti kapcsolat

Schmid, J.A., Jarczok, M.N., Sonntag, D., Herr, R.M., Fischer, J.E., Schmidt, B.: Associations Between Supportive Leadership Behavior and the Costs of Absenteeism and Presenteeism: An Epidemiological and Economic Approach. J Occup Environ Med. 2017 Feb;59(2):141-147.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2017/02000/Associations_Between_Supportive_Leadership.2.aspx

Számítások szerint Németországban a cégek egészséggel kapcsolatos kiadásainak felét a hiányzások, illetve a betegen való munkavégzés (presenteeism) miatti költségek adták 2009-ben. A munkahelyi egészség szempontjából a vezetői magatartás lehet erőforrás, de terhelés is. A támogató vezetői magatartás (TVM) azt írja le, ahogy a vezetők aktív részvételükkel segítik beosztottjaikat a nehéz helyzetek megoldásában, illetve, hogy velük mennyiben nyitottak, őszinték és tisztességesek. A tanulmány két célja a következő volt: a hiányzások, a betegen történő munkavégzés és a TVM kapcsolatainak meghatározása egy nagy, német mintán, továbbá a TVM költségének és hasznának modellezése.

A Mannheimi Ipari Kohorsz Tanulmány során 17 060 teljes adatsort nyertek 21 telephely 18-65 év közötti munkavállalóitól. A hiányzásokat, illetve a betegen való munkavégzést az elmúlt 12 hónapban, külön-külön, a következő kategóriákkal kérdezték: 0; 1-3 nap; legfeljebb 5 nap; legfeljebb 10 nap; legfeljebb 15 nap; legfeljebb 30 napnál több. A támogató vezetői magatartást egy olyan, korábban validált kérdéssorral mérték fel,

melyben a válaszadó 1-5-ös skálán pontozza a következő állításokat: Felettesünk (i) kedvesen és megbecsüléssel bánik velünk; (ii) ~ támogat minket a nehéz helyzetekben; (iii) ~ szavahihetően és tisztességesen bánik velünk; (iv) ~ hajlandó megbeszélni velem a problémáimat. A kor, a nem, a dohányzás és a fizikai aktivitás vizsgálata mellett – a depresszió számszerűsítése céljából – felvették a Lelki Egészség Leltár (MHI-5) kérdőívet is. A statisztikai elemzésben az adatok jellegéhez megfelelő, úgynevezett intervallum regressziót használtak. Modellekben vizsgálták a támogató vezetői magatartás önálló („nyers”) hatását, illetve az ismert befolyásoló tényezők, továbbá mindezek együttesen kialakuló hatásait. Külön modellben foglalkoztak a nem, illetve a depresszió és a TVM közötti esetleges interakciókkal is. A költségszámítás során a támogató vezetői magatartásra adott pontszámok alapján három tercilist alakítottak ki. Ezek hiányzási és betegen való munkavégzési értékeit (napok száma) az átlagos német munkaidővel és órabérrel, illetve tanulmányok által becsült produktivitás csökkenéssel szorozták össze. Mivel előbbieik

¹Rovatvezető: Dr. Kudász Ferenc, Országos Tisztifőorvosi Hivatal Munkahigiéniés és Foglalkozás-Egészségügyi Főosztály

intervallumértékek, ezért a költségeknél is túl-ig becslések jelennek meg. Növeli az intervallumokat a tanulmányok becslései közötti különbségek, illetve figyelembe vették, hogy bizonyos betegségek esetén a csökkenés jóval nagyobb lehet. A TVM javulásának várható költséghatását a középső, illetve az alsó TVM tercilisekhez tartozó intervallumoknak a felsőhöz tartozóhoz hasonlításával értékelték.

A válaszadók 81%-a volt férfi, az átlagéletkor 41 év lett. A nyers adatok szerint a TVM egy ponttal való növekedése átlag 0,31 és 0,36 nappal csökkent a hiányzást, illetve a betegen végzett munkát. A befolyásoló tényezőkre igazítás ezeket 0,14-re és 0,21-re mérsékelte. Az TVM és a depresszió közötti kölcsönhatás figyelembevétele csak a betegen való munkavégzés esetén javította a modellt. Azonban, ha erre a kölcsönhatásra igazítottak, akkor az összefüggés megfordult: az TVM egy ponttal növekedése már átlag 0,09 nappal növelte a betegen való munkavégzést. A betegen való munkavégzés költségeit kiszámolták heveny (pl. influenza) és idült betegségek esetére is. Szakirodalmi adatok alapján, az idült betegség a termelékenység 5,7-22,0%-os csökkenését okozhatja, mely az alacsony TVM tercilisen 180-531, a középsőben 136-404, a felsőben 116-354 Euró egy főre jutó éves költségnek adódott. A felsőhöz viszonyítva az alsó 64-177, a középső pedig 20-50 Euró/fő/évvel teljesített rosszabbul. A heveny megbetegedésnél a szakirodalom 54%-os teljesítménycsökkenésről szól, mely 808-1303, 610-992 és 521-869 Eurós éves fejenkénti költséget jelenthet az egyes TVM tercilisekhez tartozó dolgozói csoportokban. A különbségek a 287-434 és 89-124 Eurós sávokban alakultak. A hiányzások az alsó tercilisen 1618-4386, a középsőben 1216-3128, a felsőben 1083-2711 Euró költséggel jártak. A felsőhöz képest mért különbségek 535-1676, illetve 133-418 Euró lettek.

Az eredmények megerősítik azon korábbi ismereteket, mely szerint a TVM bizonyos aspektusai

(kommunikáció, bizalom) összefüggésben lehetnek a hiányzással és/vagy a betegen végzett munkával. A vezetői magatartás, mint stressz tényező, vagy mint erőforrás hathat közvetlenül a beosztottak egészségére, illetve, áttételesen, bizonyos szervezeti jellemzőkön (például az értelmes munka, a feladatkörök egyértelműségének, a fejlődési lehetőségek, a társas támogatás, illetve az elégedettség biztosításán) keresztül is. A depresszió és TVM között feltárt kapcsolat hátterében feltételezik, hogy a depresszió miatt a beosztott képtelen élvezni a kedvező társas kölcsönhatások (pl. támogatás) előnyeit. A várakozásoknak megfelelően, alacsony TVM esetén nagyobb költségek adódtak, mint magasnál. A szerzőket azonban meglepte, hogy ez mind a hiányzásoknál, mind a betegen végzett munkánál azonos: ~1,54-szeres. A korábbi kutatásoknak részben ellentmond, hogy jelen tanulmányban a hiányzások abszolút költségvonzata magasabb volt, mint a betegen való munkavégzésé. Ennek kapcsán idézik azt a megállapítást, hogy a betegen végzett munka a hiányzás független előrejelzője, annak "előszobája". A betegen való munkavégzés itt számolt alacsony költsége magasabbnak adódik, ha figyelembe veszik, hogy fejenként évente átlag két hét telik influenza-szerű betegségben, mely jóval magasabb hatékonyságcsökkenést okoz, mint az idült betegségek. A szerzők szerint a betegen való munkavégzés költségei az idült betegségekre számolt legnagyobb érték és a hevenyhez tartozó érték között helyezkedhet el. Kiemelik a tanulmány korlátait: keresztmetszeti vizsgálatként nem ad lehetőséget ok-okozati következtetések levonására, a hiányzások/betegen töltött időszak értékei önbevalláson alapultak, a felállított modellben számos pontatlanságra volt lehetőség, illetve az egészséges munkavállaló hatás is befolyásolhatta az eredményeket. Végzavukban a szerzők kiemelik, hogy a vezetőknek jelentős szerepük lehet beosztottjaik termelékenységének növelésében – pusztán a tá-

mogatói magatartásformák alkalmazásával. Ez lehet olyan eredmény elérni, melynek nyertese egy azért jó hír, mert egy kis csoport célzott képzésével jóval nagyobb közösség.

Benzinkutasok, „BTEX” szervesoldószeréséterexpozíciói, javaslat tétel a vizelet benzol és MTBE biológiai expozíciós egyenértékeire

Campo, L., Rossella, F., Mercadante, R., Fustinoni, S.: Exposure to BTEX and Ethers in Petrol Station Attendants and Proposal of Biological Exposure Equivalents for Urinary Benzene and MTBE. Ann Occup Hyg. 2016 Apr;60(3):318-33.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: <http://annhyg.oxfordjournals.org/content/60/3/318.abstract>

A benzin több száz illékony szénhidrogént tartalmaz, döntően alkanokat, cikloalkanokat és alkeneket. Európai irányelvek szabályozzák az üzemanyagok összetételét, melyek megengedik, hogy – legfeljebb 22%-ban – legalább öt szénatom-számú étereket (pl. metil terc-butil éter = MTBE) keverjenek hozzájuk pl. az oktánszám növelése céljából. A toluol, etil-benzol és xylool legfeljebb 35%-ot tehet ki, míg a benzol 1 térfogatszázalék alatt kell, maradjon. Fentiekre vonatkozóan Olaszországban az átlagos összetétel: 30,7% aromás vegyületek, 5% éterek, 0,8% benzol. Az európai benzol határérték 3200 µg/m³ (1 ppm), az Egyesült Államokban az ACGIH ennek felét javasolja. A német Veszélyes Anyagok Bizottság javaslata a tűrhető kockázatra 1900 µg/m³, míg az elfogadható kockázatra - legkésőbb 2018-tól - 20 µg/m³. Az expozíció monitorozására a műszakvégi vizelet t,t-mukonsav (t,t-MS), illetve az S-fenil-merkaptánsav (SFMS) használható. A toluolra, etil-benzolra és xyloolra is rendelkezésre áll biomonitor módszertan és határérték. A szerzők korábban már bizonyították, hogy a vizelet benzol és a vizelet MTBE érzékeny és fajlagos expozíciós biomarkerek. Jelen vizsgálatuk célja a benzingőznek kitett személyek biomonitorozására

alkalmas biomarkerek azonosítása és határérték javaslat tétel a fenti két markerre.

A vizsgálatban: 89 benzinkútkezelő és 90, korra és dohányzásra illesztett kontroll férfi vett részt a milánói térségből. Kérdőbiztosokkal mérték fel az egészségi állapotukat, dohányfüst expozíciójukat, az oldószer felhasználással járó egyéb tevékenységüket (pl. festés) és a munkába jutás idejét. A résztvevők a hét második felében, a munkaidő elején, öt órán keresztül, a légzési zónájukban passzív személyi mintavevőt viseltek, a benzol, toluol, etil-benzol és xylool (BTEX) levegőben lévő koncentrációinak meghatározásához. A mérés befejeztével a szénbetéteket lezárt üvegcsében juttatták el az analitikára. A vizelet mintákat egy adott hét folyamán (i) a hétfői munkakezdés előtt (alap), (ii) a levegő mintavétel napján, a műszakkezdet előtt, továbbá (iii) a mintavételezés befejeztével vettek. A vizeletekből két, légmentesen zárható fiolába azonnal mintát különítettek el a BTEX és az éterek mérésére. Az oldószer tartalmat gázkromatográfiás elválasztással kombinált tömegspektrometriával (GC-MS) mérték. A t,t-MS, SFMS, illetve a kotinin (dohányzást jelző biomarker) meghatározása

folyadékromatográfia - tandem tömegspektrometriával (LC-MS/MS) történt. A vizelet kreatinin szint alapján az extrém híg vagy sűrű mintákat kizárták. A statisztikai elemzésben t-próbát, variancia analízist, Pearson korrelációt és Khinégyszet tesztet használtak. Egyszerű és többszörös lineáris regressziós modellekben vizsgálták az összefüggéseket.

A résztvevők átlagéletkora 44 év volt. Nem volt különbség a két csoport között korban, testtömeg-indexben és dohányzási szokásban. Dohányosnak azokat sorolták, akik kotinin-szintje elérte a 100 µg/litert. A benzinkutasok közül 12 fő csak pénztáros (beltéri), míg 25 fő kizárólag kútkezelő (kültéri) beosztásban volt, a maradék vegyesen kül- és beltéri feladatokat is ellátott. A kontroll csoport a külvárosban, többnyire kültéren dolgozott. Oldószer használatról senki sem számolt be. A vizsgálati eredmények alapján a levegő BTEX és éter koncentrációk jóval magasabbak voltak a benzinkúton dolgozóknál: a medián érték például toluolnál 9,1-szeres, benzolnál 14,7-szeres, és az MTBE-nél 116,6-szoros volt. A kontroll csoportban a dohányosok között szignifikánsan magasabb volt a levegőből mért benzol értéke. Az üzemanyagotöltő állomásokon a legmagasabb benzol, illetve MTBE szintnek a kútkezelők, a legalacsonyabbnak a pénztárosok voltak kitéve. Kiemelkedően magas levegő benzol szintet mértek egy, üzemanyag átfajtási műveletben közreműködő dolgozónál. A vizelet mintákban a benzol minden esetben magasabb volt a benzinkutasok között, mint a kontrolloknál – kivéve a dohányosok mintavételezés végi mintáit. A többi aromás vegyület és a MTBE biomarker szintjeik általában az alap- és a mintavételezés végén nyert vizelet mintákban voltak magasabb a kontrolloknál. A kútkezelők között jellemzően (pl. MTBE) magasabbak voltak a biomarker értékek, mint a pénztárosok és vegyes munkát végzők között, de például a vizelet benzolnál nem

voltak szignifikáns különbségek. A vizelet benzol a dohányosok esetében mindig magasabb volt: mind a benzinkúti dolgozók, mind a kontrollok között. Amíg a nem-dohányos benzinkutasok között a mintavételezés végi vizelet benzol meghaladta az alap, illetve a műszakkezdet előtti értékeket, addig a dohányos benzinkutasok között alacsonyabb volt, mint az utóbbi. A nem-dohányzó kontrollok között a műszakkezdet előtti vizelet benzol volt a legalacsonyabb, viszont a dohányosoknál ez az alap és a mintavételezés végi értékek között helyezkedett el. A fenti trendeket a többi aromás vegyületnél is megfigyelték. A benzinkúton dolgozók között a vizelet MTBE értéke nőtt a munkahét folyamán: a – kontrollokéhoz hasonló – alapértékhez képest jóval magasabb volt a műszak előtti, és azt is meghaladta a mintavételezés végi érték. Mind a benzinkutasoknál és a kontrolloknál a t,t-mukonsav értéke nőtt a hét folyamán, de a műszakkezdet előtti érték csak nemdohányzók között volt magasabb az alap értéknél. A SFMS-nál nem mutatkozott semmilyen trend. A kútkezelők között mért t,t-mukonsav és SFMS értékek általában magasabbak voltak, de a különbség nem érte el a statisztikai szignifikancia határát. A korrelációs vizsgálatok a levegőben mért vegyi anyag koncentrációk egymással való erőteljes együttmozgását jelezték. A dolgozókat vizsgálva a mért levegő koncentrációk nem függtek az adott napon eladott üzemanyag mennyiségétől vagy az állomáson működő töltőfejek számától. Bizonyos fokú korrelációt lehetett észlelni a biomarkerek között is, jellemzően az azonos időszakban vett esetekben. A levegőben mért benzol értékek korrelációja a mintavételezés végi vizelet t,t-mukonsavval 0,194, SFMS-val 0,376, benzollal 0,437, míg a MTBE-vel 0,835 volt. Ezeket az összefüggéseket a dohányzás erősen gyengítette. Nem találtak jelentős összefüggést a vizelet biomarkerek és az adott napon eladott üzemanyag mennyisége vagy az állomáson működő töltőfejek száma között sem. A levegőben mért egyes anyag

koncentrációkat, a kreatinint, a dohányzást és ezek interakcióját figyelembe vevő, többszörös lineáris regressziós modellek a mintavételezés végi vizelet benzol, t,t-mukonsav és a SPMS variabilitás 57, 32 és 60%-át tudták magyarázni. A fenti biomarker szinteket azonban leginkább a dohányzás határozta meg: kétszer akkora előrejelző képessége volt a dohányzásnak, mint a levegőben mért benzol koncentrációnak. A többi aromás vegyület biomarker szintjeinek variabilitását jóval kevésbé lehetett a modell alapján magyarázni. A modell a mintavételezés végi vizelet MTBE szint variabilitás 74%-át magyarázta, s a levegő MTBE koncentrációja volt az egyedüli lényeges előrejelző tényező. Sőt, a levegő benzol koncentráció is alkalmas volt az előrejelzésre: ebben az esetben a modell a mintavételezés végi vizelet MTBE szint variabilitás 70%-át magyarázta. Az egyszerű lineáris regressziós modellben a levegő és a mintavételezés végi vizelet benzol közötti összefüggés nem-dohányosok között jobban értelmezhető ($R^2=0,461$), meredek; dohányosok között hatalmas szórású ($R^2=0,021$), lapos egyenessel volt jellemezhető. Sokkal kisebb szórású egyeneseket adott a mintavételezés végi vizelet MTBE és a levegő MTBE ($R^2=0,747$), illetve az előbbi és a levegő benzol ($R^2=0,695$) vizsgálata. A fentiek alapján a szerzők biológiai expozíciós mutatókat javasoltak különböző levegő határértékekre. Az európai uniós benzol határértéknek nem-dohányzó dolgozóknál 1457 ng/l vizelet benzol, vagy – dohányzástól függetlenül – a 22 µg/l vizelet MTBE felelne meg. Az összefüggések nem egyenesen arányosak: például a jövőre érvényes német elfogadható kockázati szinthez 206 ng/l illetve 0,3 µg/l tartozik. A vizsgálat során a benzinkutnál dolgozók medián benzol expozíciója ($59 \mu\text{g}/\text{m}^3$) jóval alatta maradt

az európai határértéknek, de egy dolgozó esetén meghaladta azt. Ha a szigorúbb holland és német előírásokat vették alapul, akkor – az ismert műszaki megelőző intézkedések mellett is – akár 75%-ban volt a határérték felett exponáltak aránya. A tanulmány során mért levegő benzol koncentráció egyezik egy korábbi milánói vizsgálatával, de több, mint duplája a más olasz városokból jelentett értékeknek, ennek oka a több eladott üzemanyag lehet. Mindeközben a toluol, SFMS, és t,t-mukonsav biomonitor értékek mediánjai az amerikai határértékek egy ötöde – egy százada voltak. Az eredmények alapján a többi aromás vegyület is alkalmatlan az üzemanyag expozíció biomonitorozására. Az éterek kivételével minden biomarker értékét befolyásolta a dohányzás. A mostani vizsgálat igazolta, hogy a dohányzásból legalább akkora benzol expozíció származik, mint magától a benzinkúton való foglalkoztatástól. A modellek gyenge-mérsékelt előrejelző képessége az egyéni anyagcsere különbségek, a táplálkozás és a bőrexpozíció zavaró hatásainak köszönhető. A vizsgálat szerint az MTBE hajlamos az enyhe kumulációra. Az alacsony vizelet ETBE szintek mögött azt feltételezik, hogy Olaszországban kevésbé adagolják ezt a fajta étert az üzemanyagokba. Zárszavukban a szerzők kiemelik, hogy a vizelet benzol alkalmasabb biomarker az 1 ppm alatti benzol expozíció követésére. Továbbá kiemelik, hogy dohányosokban viszont már ez sem ad megbízható eredményt. Fentiek miatt benzinkutakon javasolják a vizelet MTBE mérését (munkahét második felében, műszak után), mely jó jelzője az üzemanyag expozíciónak, s nem hat rá a dohányzás. Figyelembe kell venni azonban, hogy az üzemanyagok a térség- és az évszak függvényében különböző mértékben tartalmazhatnak MTBE-t.

A Munkaképességi Index és a megélt munkaképesség, mint a rokkantnyugdíjazás előrejelzői: finn önkormányzati dolgozók követéses vizsgálata

Jääskeläinen, A., Kausto, J., Seitsamo, J., Ojajärvi, A., Nygård, C.H., Arjas, E., Leino-Arjas, P.: Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. Scand J Work Environ Health. 2016 Jun 1;42(6):490-499.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3598

A mára világszerte elterjedt Munkaképességi Index (WAI) kérdőívet a 80-as évek Finnországában fejlesztették ki. A kérdéssor első elemét (Jelen munkaképesség) gyakran használják a kérdőív helyettesítésére, mivel bizonyítottan jelentős az együttmozgás a kettő értéke között. Kevés azonban a megfigyelés arról, hogy a jövőbeli rokkantnyugdíjazás kockázatára is hasonlóan jól használható-e. A közleményben az eredeti finn adatbázis felhasználásával a Munkaképességi Index értékének, a Jelen munkaképességnek, illetve fentiek négy év alatt kialakult változásainak összefüggését vizsgálták a nyilvántartásba kerülő rokkantnyugdíjazással, illetve, hogy ezt befolyásolta-e a nem és a munka jellege. Megállapították a Munkaképességi Index és a jelen munkaképesség jószágát a rokkantnyugdíjazás kockázatának előrejelzésében.

Az 1981-ben indult vizsgálatba a legalább öt éve az adott állásban foglalkoztatott, 44-58 éves önkormányzati dolgozók kerültek be. A kiindulási csoport 6257 főjéből (melynek 44,7%-a férfi) a 4 év után esedékes első kontrollban 5556 fő vett részt. Ebben az elemzésben 5251 (teljes) kérdőívet tudtak felhasználni, melyek adatait a nemzeti nyugdíj és halálozási nyilvántartások bejegyzéseivel kapcsolták össze az egyén szintjén.

A rokkantnyugdíjazást, mint végpontot 2009. december 31-ig gyűjtötték, s a következő állapotokat ölelte fel: egészségi állapot miatti teljes és részleges, egyéni korengedményes (hosszú szolgálati idő esetén, enyhébb egészségügyi kritériumok) és veteránok korengedményes (57 év feletti II. világháborús veteránoknak, egészségi állapot alapján) rokkantnyugdíjai. A Munkaképességi Indexet a pontszám alapján kategóriákra szokás osztani: kiváló (44-49), jó (37-43), közepes (28-36) és gyenge (7-27), mely utóbbi kettőt a tanulmányban egybevonták. Az index értékének változása a négy év alatt lehetett „erőteljes romlás” (legalább 9 pont veszteség), „mérsékelt csökkenés” (1-8 pont csökkenés), illetve „változatlan+javulás”. A valaha volt legjobbhoz viszonyított jelen munkaképesség kérdésre adott válasz 10 pont esetén a „kiváló”, 8-9 esetén a „jó” kategóriába került. A közepes (6-7) és a gyenge (0-5) csoportokat itt is egybevonva kezelték. Ha a kontroll vizsgálatnál a kérdésre adott válasz legalább 3 pontot csökkent, akkor az „erőteljes romlás”, ha 1-2 pontot csökkent, akkor a „mérsékelt csökkenés”, egyéb esetben a „változatlan+javulás” csoportba került. A munkaköröket a német AET ergonómiai értékelő rendszer alapján sorolták fizikai, szellemi és vegyes kategóriába. Fizikaira példa a segédmunka, szellemire az orvosi, tanári, adminisztratív, a vegyesre

pedig a közlekedési, fogászati és ápolási munkák. A megkérdezettek döntő többségét ugyanabban az állásban foglalkoztatták a kontroll vizsgálat idején. Változóként figyelembe vették még a kort és a legmagasabb iskolai végzettséget. Cox-regresszióval számolták ki a rokkantnyugdíjra vonatkozó kockázati hányadosokat (KH) és a hozzájuk tartozó 95%-os megbízhatósági tartományokat (MT). A Munkaképességi index és a Jelen munkaképesség közötti összefüggést Spearman-féle rangkorrelációval jellemezték. Az úgynevezett „vevő működési karakterisztika” (ROC) görbe alapján meghatározták a görbe alatti területet (AUC) és a különböző vágási határértékekhez tartozó érzékenységet és fajlagosságot. Előbbi azt mutatja meg, hogy az adott határérték milyen arányban képes azonosítani a jövőbeli rokkantnyugdíj eseteket, utóbbi azt, hogy mennyire csak a valódi pozitív eseteket szűri ki. Ebben a számításban csak az 1981-5 közötti időszakban kialakuló rokkantnyugdíjakat vették figyelembe, mert így minimálisra lehetett szorítani az öregségi nyugdíj és a halálozás hígító hatását. A Youden-index alapján tettek javaslatot a legkedvezőbb vágási pontra.

Az alap felméréskor a csoport átlagéletkora 50,4 év volt; a 44-47, a 48-50 és az 51-54 éves korcsoportokba arányosan 25-30 százaléka tartoztak, 55-58 éves a maradék 16,5% volt. A férfiak 46,8%-a fizikai munkakörben dolgozott, míg a nők közel egyenletesen oszlottak meg a fizikai, szellemi és vegyes kategóriák között. Férfiak között több volt az elemi sem befejezettek aránya (25,9%), a nők közül többen jártak középiskolába. A férfiak és a nők közel fele csak nyolc általánost végezett. A nők közel kétharmada, a férfiaknak csaknem fele kapott valamilyen alapvető szakmai képzést. Főiskolai/egyetemi végzettsége a férfiak 7,7%-ának, a nők 5,8%-ának volt. Gyenge Munkaképesség Index 13,9, közepes 33,9 jó és kiváló 50,3 százalékban fordult elő, minimális nemi különbségekkel. A

Jelen munkaképesség értékeinek megoszlása is hasonló volt. A Munkaképességi index és a Jelen munkaképesség között 0,8-as korrelációt igazoltak. A négy év alatt a Munkaképességi index átlag 2,8 pontot csökkent. Ezidő alatt a Jelen munkaképesség átlag 1,0 ponttal lett alacsonyabb férfiaknál és 0,8 ponttal nőknél. Az utánkövetés során 2057 rokkant- és 3194 öregségi nyugdíj, illetve 1612 nyugdíj előtti halál fordult elő. A nemre és korra igazított modell szerint a „gyenge” Munkaképességi Index a „jó-kiválóhoz” képest átlag 5,4-es (MT: 4,81-6,07), a „közepes” index érték pedig 2,14-es (MT: 1,94-2,36) kockázati hányadossal járt az 1986-tal kezdődően kapott rokkantnyugdíjra vonatkozóan. Az értékek a nőknél voltak magasabbak. A négy éves változást vizsgálva az „erőteljes romlás” 3,69-es (MT: 3,08-4,41) kockázati hányadossal járt. Itt viszont a férfiaknál volt magasabb az átlag érték. A „gyenge” és a „közepes” Jelen munkaképesség, továbbá ennek „erőteljes romlása” is növelte a rokkantnyugdíj kockázatát, de alacsonyabb mértékben. A legmagasabb iskolai végzettség és a munkaköri kategória figyelembe vétele nem módosított érdemben a fenti számokon, de az utóbbi kategóriákon külön-külön elvégzett elemzés felfedte a kevert megterhelésben dolgozó nők kiemelkedően magas kockázatát. A Munkaképességi Indexre vonatkozó görbe alatti terület 0,68 és 0,79 volt férfiaknál, illetve nőknél. Ugyanez a Jelen munkaképességre 0,65-nek és 0,76-nak adódott. A javasolt határérték 24,0 és 23,9 volt, melyhez 58,5%-os és 75,3%-os érzékenységek, illetve 67,1%-os és 71,3%-os fajlagosságok társultak. A Jelen munkaképességre javasolt vágási érték férfiaknál 4,5, nőknél 4,6 lett, hasonló jósági értékekkel.

A szerzők megbízható, országos nyilvántartásból származó végpontok alapján, elsőként bizonyították hosszanti adatokból, hogy mind a „gyenge” és a „közepes” Munkaképességi Index, illetve Jelen munkaképesség, mind pedig ezek

„erőteljes romlása” a jövőbeli rokkantnyugdíjazás emelkedett kockázatával jár. A Munkaképességi Index és a Jelen munkaképesség nőkben megfelelően, férfiakban mérsékelten volt képes megkülönböztetni az elkövetkező négy évben bekövetkező rokkantnyugdíj magas kockázatának kitett személyeket, nemtől függetlenül gyakorlatilag azonos határértékek alapján. Az eredmények felhasználását érintő korlátok kapcsán kiemelik, hogy az azóta eltelt években jelentősen megváltozott a finn népesség munkát, oktatást és egészséget érintő jellemzői, s javult a munkaképesség is. A minta koreloszlása miatt a

következtetések nem feltétlenül alkalmazhatóak fiatalabb csoportokra. Továbbá az országok különböző rokkantnyugdíjazási rendszerei miatt is érdemes óvatosnak lenni a megállapítások általánosításával. Végszavukban a szerzők megerősítik, hogy az egy kérdésből álló Jelen munkaképesség elfogadható alternatívát jelenthet a Munkaképességi Index helyettesítésére a jövőbeli rokkantnyugdíjazás kockázatának felmérésében.

Referáló: Dr. Kudász Ferenc

„*A közegészségügy fejlődésének kútforrása és alapja a jó statisztika, mert a statisztika a közegészségügy szeme, mellyel bebelát az egészségügyi viszonyokba... ... A statisztika fotográfiája a közegészségügynek.*”

Fodor József, 1896

Hírek, programok¹

Az UEMS Foglalkozás-egészségügyi tagozatának 2016. október 28-29-i találkozója Budapesten

Az UEMS az orvosi társaságok európai szintű, független, civil képviselete. Foglalkozás-egészségügyi tagozata (UEMS-OM) 1997-ben alakult, aktívan képviseli a szakma érdekeit. A Tagozat évente kétszer ülésezik, változó helyszínen. Idén ősszel Budapestre került a sor, így a MÜTT láthatta vendégül a küldötteket.

Üzemlátogatás

Az ülést megelőző nap – *Miniska István* főorvos úr jóvoltából – a **MOL százhalombattai olajfinomítójába** vihettük el a péntekre már Magyarországra érkezett vendégeket. A MOL csoport bemutatását követően az üzemi területen néztünk körbe, ahol saját szemünkkel győződhattünk meg arról, hogy üzemszerű körülmények között alig kell a munkavállalóknak elhagyni az irányítóhelyiségeket. Vendéglátóink elmondták, hogy az idősödés és a tapasztalat megtartása a legnagyobb kihívás az emberi erőforrások oldaláról. Vendégeinket meglepte, hogy az elmúlt öt évben nem volt foglalkozási betegség a cégnél; melynek hátterében nem csak a kockázatok folyamatos csökkenése, hanem az is állhat, hogy a fizikai dolgozók (takarítás, karbantartás) jelentős része kiszervezett cégeknél tevékenykedik. Megismerhettük a csoport munka-egészségügyi rendszerét, mely az ipari higiéné biztosítása és a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás mellett nagy hangsúlyt helyez a munkahelyi egészségfejlesztésre is. Rengeteg kérdés hangozott el a céges, illetve a magyar foglalkozás-egészségügy felépítésére és működésére vonatkozóan.

A szombati ülést a Tagozat elnöke, *Alenka Škerjanc* (Szlovénia) köszöntője nyitotta meg. Az ülésen – a magyar vendéglátókon felül – 17 nemzeti küldött, illetve három vendég vett részt.

A magyar foglalkozás-egészségügy rendszere

Cseh Károly professzor, a MÜTT elnökeként köszöntötte a résztvevőket és előadásában felvázolta a magyar üzemegészségügy történetét és a hazai foglalkozás-orvostani szakképzés rendszerét. *Kudász Ferenc* adatokkal mutatta be a magyar gazdaságot, a munkavédelem rendszerét, s a foglalkozás-orvostan ebben elfoglalt helyét, külön kitérve a sajátosságokra, erősségekre és gyenge pontokra. Az előadások után megválasztuk a felmerült kérdéseket.

Tagozati ügyek

Elfogadásra került az előző, Bolognában megrendezett ülés jegyzőkönyve.

Simon Bulterys (Belgium), a Tagozat kincstárnoka megerősítette, hogy az előrelátható kiadásokra megvan a

¹Rovatvezető: Dr. Madarász Gyula, Ímél: gyula.madarasz@ngm.gov.hu

fedezet. A 2016-os kihagyás után 2017-ben szükség lesz ismét tagdíjat szedni.

A honlap szerkesztéséért felelős kollégánem tudott eljönni, de abban megegyezés született, hogy a tagországoknak frissíteni kell a róluk megjelenő információkat.

UEMS központ

Külön öröm volt, hogy ezúttal az ernyőszervezet egy tisztviselője is eljött a tagozati ülésre. *Bernard Maillet* (UEMS) kincstárnok részletes előadásában bemutatta az Unió történetét, felépítését és a legfrissebb eseményeket. Kiemelte, hogy a brüsszeli székház (európai Domus Medica) építése pénzforgalmi problémákat okozott, de mára a Szervezet anyagi szempontból jó kondícióban van. Az egyes Tagozatok képezik a Szervezet gerincét, s ők alkotják meg az egységes európai képzési minimum javaslatokat a maguk szakterületére (pl. curriculum, index). Egymás között multidiszciplináris közös bizottságokat alkothatnak, továbbá a tagozatokon belül létrejöhetnek részlegek a subspecialitásoknak. Az UEMS útmutatók és szakképzési előírások adaptációjával foglalkozik (az európai szakvizsgák akkreditációja az UEMS révén valósul meg), de nem hoz kötelező szabályokat. Az európai képzési feltételek (European Training Requirements) alapelve, hogy alulról építkezve, az elérendő célt fogalmazzák meg, melyhez tudnak a tagországok igazodni a jövőben. Elvárás, hogy az irányelvekben ne csak képzési idők szerepeljenek, hanem elsősorban az elérendő kompetenciák. A képzési dokumentumokon felül a Szervezet rendszeresen fogad el egyéb útmutatókat és állásfoglalásokat is (legutóbb pl. az orvosi műhibákról és felelősségről). Frissítették a kötelező továbbképzéseket akkreditáló rendszerüket is. Az előadást követő beszélgetésen elhangzott, hogy a továbbképzések európai akkreditációját a Tagozat nem használja, mert nagyon drága, viszont felmerült, hogy az ICOH-nak már megérné az eseményeit továbbképzési pontokkal akkreditáltatnia.

Felmérések

A szakorvosjelöltek által állandó vendégként delegált *Maria Ana Frazao* (EJD) elmondta, hogy a szakorvosjelöltek munkaidejéről szóló jelentés központi téma volt az Európai Gyakornok Orvosok (EJD) éves konferenciáján.

Együttműködés az Európai Munkavédelmi Ügynökséggel (EU-OSHA)

Simon Bulterys beszámolt brüsszeli találkozásáról az Európai Munkavédelmi Ügynökség (EU-OSHA) képviselőivel, illetve hozott egy böröndnyi szóróanyagot az Ügynökség aktuális kampányából. A Tagozat hivatalos támogatója az idei Kampánynak. Az Ügynökség elvárja, hogy ez gyakorlati népszerűsítő tevékenységben is megnyilvánuljon, úgymint a Kampányhoz kapcsolódó szakmai rendezvények szervezése, kapcsolódó előadások tartása szakmai rendezvényeken, információ megosztás (honlapokon, szóróanyagok terjesztése). Ezzel kapcsolatban a Tagozat elhatározta, hogy minden nemzeti szervezetet felkér, hogy működjön közre a Kampányban, s tevékenységükről tájékoztassák a Tagozatot, aki így összesítő jelentést tud készíteni az Ügynökség részére. A Tagozatnak bemutattuk az Ügynökség kampányoldalát, s az azon található hasznos anyagokat, majd a munkacsoportok megvizsgálták a kapcsolódási lehetőségeket a kampányhoz.

1. munkacsoport: Képzési folyamatok a foglalkozás-orvostanban, s ezek összehangolása a tagországokban

A csoport tíz témakörben dolgozik a curriculumon (1. szakma szerepe és helye, keretrendszer 2. praktizálás, klinikum, 3. munkaalkalmasság, rehabilitáció, megváltozott munkaképesség, 4. veszély azonosítás, kockázat értékelés és -kezelés, 5. üzleti folytonosság, haváriatervek, 6. szolgáltatás és mi-

nőség, 7. vezetőség, szakpolitika, szakmaiság, 8. megelőző orvoslás, egészségfejlesztés, 9. epidemiológia és kutatási módszertan, 10. hatékony oktatás és mentorálás). A tervek szerint decemberig elvégzik a szerkesztési munkákat, s az anyagot körbeküldik kommentálásra, hogy mennyire felel meg a nemzeti sajátosságoknak. A májusi tagozati ülésen mutatnák be a kész változatot.

2. munkacsoport: Foglalkozási betegségek

A csoport megtárgyalta az állásfoglalás tervezetét, mely kapcsolódni fog az EU-OSHA kampányához is. Egyetértés alakul ki abban, hogy bármilyen közös gondolkodás feltétele a bizonyítékokon alapuló esetmeghatározás: azonos kórisme és összefüggés minden tagországban. A tagok tovább finomítják a szöveget, s 2017-re végleges verziót tárnak a Tagozat elé.

3. munkacsoport: A foglalkozás-egészségügyi érdekek képviselője

Megerősítették, hogy a nemzeti szervezetek aktív kapcsolatot kell, kiépítsenek az EU munkavédelmi tanácsadó testületének (ACSHW) tagországi tripartit küldöttjeivel. Javasolták, hogy minden tag-szervezet jelenítse meg honlapján az EU-OSHA kampányához vezető ugrópontot.

Egyebek

A 2016 nyarán, Temesváron megtartott EASOM munkaképesség témájú nyári egyetem anyagai már elérhetőek a honlapon:

<http://www.easom.eu/past-summer-schools/13-summer-schools/summer-schools-detailed/33-summer-school-2016>

A 2017-es rendezvény helyszíne Miskolc lesz.

A 2016. októberi prágai MODERNET nanorészecske találkozó összefoglalója megjelent honlapjukon: <http://www.modernet.org/node/73>

Említésre került, hogy a Bergeni Egyetem ingyenes, on-line foglalkozás-egészségügyi kurzust indított (fejlődő országbéli célközönségnek): <https://www.futurelearn.com/courses/occupational-health-developing-countries>

A 2017-es tagozati ülések várható helyszínei és időpontjai: Helsinki, május 27. (esetleg június 10.); Leuven, október 28.

A találkozó anyagai, előadásai letölthetőek az UEMS honlapjáról:

<http://www.uems-occupationalmedicine.org/node/114>

Az ülést gálavacsora követte. A visszajelzések alapján a találkozó jól sikerült.

A MÜTT – a Tagozatban szokásos módon – saját költségvetéséből biztosította az üzemlátogatáshoz szükséges buszbérlést, illetve a szombati nap költségeit, melyhez anyagi segítséget kapott a Foglalkozás-egészségügyi Orvosok Egyesületétől.

Köszönjük *Miniska* főorvos úr, illetve a MOL csoport segítségét az üzemlátogatás létrejöttében.

AETIOLOGY, FACTORS MODIFYING THE AETIOPATHOGENESIS OF HEALTH IMPAIRMENT CAUSED BY UNEMPLOYMENT IN ROMA AND NON-ROMA UNEMPLOYED IN A HUNGARIAN SMALL AREA WITH A HIGH DENSITY OF ROMA POPULATION. DISEASES CAUSED BY UNEMPLOYMENT AND UNEMPLOYMENT-RELATED DISEASES.

HOW TO MONITOR ENVIRONMENT, HEALTH AND WELL-BEING BY INDICATORS - A REVIEW AND A PRACTICAL DEMONSTRATION OF DEVELOPMENT OF INDICATORS TO MONITOR HEALTHY URBAN TRANSPORT

**HEAVY ELEMENTS IN URBAN SOIL OF NOVI SAD, VOJVODINA PROVINCE: OCCURRENCE AND RISK ASSESSMENT FOR FOUR FUNCTIONAL AREAS
EVALUATION OF INTRACEREBRAL HAEMORRHAGES MORTALITY IN EUROPEAN COUNTRIES BETWEEN 2010 AND 2014 WITH REGARDS TO ENVIRONMENTAL INFLUENCES**

BIODISTRIBUTION INVESTIGATIONS OF TECHNETIUM-LABELLED MURINE BONE MARROW-DERIVED EXTRACELLULAR VESICLES BY NANOSPECT/CT

HEPATITIS B VACCINATION COVERAGE AND HEPATITIS B SURFACE ANTIBODY TITER AMONG NON-SAUDI HEALTH CARE PERSONNEL, SAUDI ARABIA

IMPACT OF WORK CONDITIONS ON SLEEP QUALITY AND QUALITY OF LIFE AMONG FIREFIGHTERS IN ZAGAZIG CITY, SHARKIA GOVERNORATE – EGYPT

ROLE OF RADIOGRAPHY IN DIAGNOSTIC JUDGEMENT OF OCCUPATIONAL MUSCULOSKELETAL DISEASES AND IN OCCUPATIONAL HEALTH CERTIFICATING

HEALTHY WORKPLACES FOR ALL AGES CAMPAIGN HAS BEEN LAUNCHED BY EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK

HEPATITIS E DISEASE OF OCCUPATIONAL ORIGIN

2016

Volume 22 Number 3-4

Kossuth Zsuzsanna

EMLÉKÉV

2017.01.01 – 2017.12.31.

Kossuth Zsuzsanna születésének 200. évfordulója alkalmából a Magyar Ápolási Egyesület 2017-re meghirdette a Kossuth Zsuzsanna emlékét.

Kossuth Zsuzsanna 1817. február 19. Sátoraljaúj- helyen született, ám fiatalon, hazájától távol 1854. június 29-én New Yorkban érte a halál. Rövid élete, annál gazdagabb, sokrétű tevékenysége példakép- pé teszi az utókor számára.

Minden magyar ápoló számára egyik legnagyobb örömnappal kell, hogy legyen február 19-e, mivel 2014 óta ez a jeles nap a Magyar Országgyűlés határozatával is megerősítve, hivatalosan a Magyar Ápolók Napja lett.

Célunk, hogy minden kolléga és a társadalom tag- jai is ismerjék meg a magyar ápolók példaképét, a magyar történelem azon nőalakját, aki az 1848- 49-es forradalom és szabadságharc idején az ese- mények véres káoszában, mint országos főápolónő olyan minőségű, előremutató változást hozott lét- re, ami a világon elsőként hazánkban valósult meg. Kossuth Zsuzsanna szellemi hagyatékának felis- merése a feladatainkra is figyelmeztet bennünket, amiből erkölcsi kötelességünk tanulni, és ezt az örökséget a kornak megfelelően kell feldolgozni és továbbadni.

Hősies, önfeláldozó tettei alapkövei voltak a hazai ápolás fejlődésének.

Az 1848-49-es forradalom és szabadságharc ünne- pe minden magyar ember számára az év egyik leg- fontosabb eseménye, mégis kevés figyelem övezi a szabadságharc egyik nagyasszonyát, Kossuth Zsu-

zsannát, aki aktívan segítette bátyja, Kossuth La- jos munkásságát, vállalva ezzel a megtorlásokat, a börtönévek nehézségeit.

Mi tudjuk, hogy amit Kossuth Zsuzsanna tett Ma- gyarországért, a nemzetért, a sebesült betegek el- látásáért, az olyan nemes szolgálat, amelyet csak nagy elhivatottsággal, önzetlen alázattal, nagy aka- raterővel és emberért küzdő tehetséggel és tudással érhető el.

Hőseinkre emlékeznünk kell. Tetteiket elfeledni nem hagyjuk, nem engedjük, hogy a feledés ho- mályába merüljön az a személy, aki egész életét a nemzet és az emberiség szolgálatába állította.

Kossuth Zsuzsanna mindenkor példakép a magyar ápolók és a jövő generációk számára.

Ő volt az a tragikus sorsú nő, aki bizonyította em- berségét, bátorságát, a haza iránti hűségét, szakmai alázatát, szervező készségét, kreativitását, széles- körű műveltségét.

Aki olyan maradandó cselekedetet valósított meg, mely jóval megelőzte saját korát.

A Magyar Ápolási Egyesület Foglalkozás-egész- ségügyi Ápolói Szekciója tájékoztatja és kéri az Alapszolgálatokat, hogy csatlakozzanak az Egye- sület által kezdeményezett emlékév „Együtt az egészségünkért”c. programjához, melynek kere- tében (május,szeptember,október,november) gya- logtúra,emlékséta,futás, kocogás, kerékpározás, úszás illetve más egészségmegőrzési program szervezhető. Részletes tájékoztatás az Egyesület honlapján található: www.apolasiegyesulet.hu

Tájékoztató a 2015. november 1-től 2016. január 31-ig a Magyar Közlönyben megjelent aktuális jogszabályokról

Az emberi erőforrások minisztere 54/2016. (XII.30.) EMMI rendelet

Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeleteknek az egészségügyi ágazat háttérintézményei átalakításával összefüggő módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 221. szám

A jogszabály új szabályozásként rendezi a témakört. A szabályozás keretében **száznégyszázezer** jogszabály módosul. Ezek között szerepel:

- *A munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet, az alábbiak szerint:*

A rendelet 7. § (3) bekezdés *d*) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

„(Soron kívüli alkalmassági vizsgálatot kezdeményezhet) *d*) a fővárosi és megyei kormányhivatal munkavédelmi hatósági és munkaügyi hatósági feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala;”

A rendelet 16/D. § (4) bekezdésében az „a Közigazgatási és Igazságügyi Hivatal” szövegrész helyébe az „az Igazságügyi Minisztérium” szöveg, a 3. számú mellékletében foglalt táblázatban a „munkavédelmi felügyelőség” szövegrész helyébe a „fővárosi és megyei kormányhivatal munkavédelmi hatósági és munkaügyi hatósági feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala” szöveg lép.”

- *A közterület-felügyelők egészségi, fizikai és pszichikai alkalmassági követelményeiről szóló 78/1999. (XII. 29.) EüM-BM együttes rendelet, az alábbiak szerint:*

A rendelet 11. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „A pszichikai alkalmassági vizsgálatot az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztérium honlapján feltüntetett vizsgálóhelyek végzik.”

A 12. § (3) bekezdésében az „Országos Tisztifőorvosi Hivatal” szövegrész helyébe az „Országos Közegészségügyi Intézet” szöveg lép.”

- *Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során ionizáló sugárzásnak kitett személyek egészségének védelméről szóló 31/2001. (X. 3.) EüM rendelet az alábbiak szerint:*

A rendelet 2. § *n*) pontjában az „Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala (a továbbiakban: OTH),” szövegrész helyébe az „Országos Közegészségügyi Intézet (a továbbiakban: OKI)” szöveg, a 3. § (1) bekezdésében az „Országos Közegészségügyi Központ (a továbbiakban: OKK)” szövegrész helyébe az „OKI” szöveg, a 8. § (2) és (3) bekezdésében, valamint 12. § (2) bekezdésében az „OKK” szövegrész helyébe az „OKI” szöveg lép.

- *Az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelmé-*

¹ *Rovatvezető: Dr. Kornis Pál – OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímé: kornis@omfi.hu*

nyekről szóló 51/2013. (VII. 15.) EMMI rendelet módosítása az alábbiak szerint:

A rendelet 4. § (4) bekezdésében a „munkavédelmi hatóság hatáskörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatalnak” szövegrész helyébe a „fővárosi és megyei kormányhivatal munkavédelmi hatósági és munkaügyi hatósági feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatalának” szöveg lép.

- *A fizikai tényezők (elektromágneses terek) hatá-
sának kitett munkavállalókra vonatkozó minimá-
lis egészségi és biztonsági követelményekről szóló
33/2016. (XI. 29.) EMMI rendelet módosítása az
alábbiak szerint:*

A rendelet „4. § (2) bekezdésében az „az Országos Közegészségügyi Központ Országos Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Igazgatósága (a továbbiakban: OKK-OSSKI)” szövegrész helyébe az „az Országos Közegészségügyi Intézet (a továbbiakban: OKI)” szöveg, a 7. § (3) bekezdésében az „az OKK-OSSKI” szövegrész helyébe az „az OKI” szöveg, a 9. § (1) bekezdésében az „az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH)” szövegrész helyébe az „az országos tisztifőorvos” szöveg, a 9. § (3) és (4) bekezdésében az „az OTH” szövegrész helyébe az „az országos tisztifőorvos” szöveg, a 9. § (5) bekezdésében az „az OTH-nak” szövegrész helyébe az „az országos tisztifőorvosnak” szöveg lép.

Az emberi erőforrások minisztere 44/2016. (XII. 28.) EMMI rendelet

Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú
miniszteri rendeletek módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 218. szám

A jogszabály új szabályozásként rendezi a témakört. A szabályozás keretében **huszonhárom** jogszabály módosul. Ezek között szerepel:

Foglalkozás-egészségügy 2017/1

- *A közúti járművezetők egészségi alkalmasságának
megállapításáról szóló 13/1992. (VI. 26.) NM ren-
delet módosítása az alábbiak szerint:*

A rendelet 6. §-a helyébe a következőrendelkezés lép:
„A közúti járművezető az 5. § (1)-(4) bekezdésében meghatározott időnél korábban, soron kívül egészségi alkalmassági vizsgálatnak köteles magát alávetni, ha
a) a 7. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott szervek (személyek) kezdeményezésére az egészségi alkalmasságát megállapító szerv erre felszólította, vagy
b) a (2) bekezdésben foglaltak szerint soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálatra jelentkezett.

(2) A közúti járművezető az 5. § (1)-(4) bekezdésében meghatározott időnél korábban, soron kívül egészségi alkalmassági vizsgálatra köteles jelentkezni az alkalmassági vizsgálat elvégzésére első fokon jogosult szervnél, ha az utolsó egészségi alkalmassági vizsgálata óta

- a) eszméletvesztéssel járó rosszullete vagy sérülése volt,
- b) látásélességében szemüveggel nem javítható rosszabbodás, vagy hallásában a forgalom menetének észlelését zavaró csökkenés állott be,
- c) súlyos hipoglikémia fordult elő, vagy
- d) egészségi állapotában olyan állapotromlást észlel, amely a közúti járművezetésre átmenetileg vagy véglegesen egészségi szempontból alkalmatlanná teheti, illetve azt befolyásolhatja.”

A rendelet 7. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki:
„(4) Az alkalmasságot első fokon vizsgáló szerv a kezdeményezés okának és a közúti járművezető jelenlegi és korábbi vizsgálati eredményeinek ismeretében, azok mérlegelését követően dönt a közúti járművezető soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálatának (1) bekezdésben foglaltak szerinti kezdeményezéséről.”

A rendelet 21. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki: „(4) A soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálat (1) vagy (2) bekezdés szerinti kezdeményezésétől

az orvos eltekinthet, ha hitelt érdemlően meggyőződik arról, hogy az utolsó egészségi alkalmassági vizsgálat során az általa észlelt betegséget, illetve állapotot figyelembe vették, és annak időpontját követően állapotromlás nem következett be.”

A rendelet

a) 7. § (1) bekezdésében az „alkalmasságot első fokon vizsgáló szervnél” szövegrész helyébe az „alkalmasságot első fokon vizsgáló szervnél, az ok megjelölésével” szöveg,

b) 7. § (3) bekezdésében a „21. § (1) bekezdésének a)-g) pontjaiban meghatározott esetekben” szövegrész helyébe a „21. § (1) bekezdés a)-g) pontjában meghatározott esetekben az adott állapotra vonatkozóan első alkalommal vagy állapotváltozás esetén” szöveg,

c) 21. § (3) bekezdésében a „közúti járművezeténél” szövegrész helyébe a „közúti járművezetőnél” szöveg lép.

5. § Hatályát veszti a 13/1992. NM r. 1. § (4) bekezdése.”

2016. évi CLXXII. törvény

Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 209. szám

A szabályozás keretében **kilenc** törvény módosul:

- *Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény az alábbiak szerint:*

A törvény 11. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:

„(5) Az egészségügyi államigazgatási szerv járványveszély esetén közvetlenül megteheti mindazon hatósági intézkedéseket és eljárásokat, amelyek a járványveszély elhárítása érdekében szükségesek. Az ebben a körben

hozott határozat - közegészségügyi vagy járványügyi okból - fellebbezésre tekintet nélkül végrehajthatóvá nyilvánítható.”

A törvény 15. § (9) bekezdés a) és b) pontja helyébe a következő rendelkezések lépnek: *(Felhatalmazást kap az egészségügyért felelős miniszter, hogy a foglalkoztatáspolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben)*

„a) a munkavállalók fizikai tényezők (mesterséges optikai sugárzás) hatásának való expozíciójára vonatkozó egészségügyi és biztonsági minimumkövetelményeket, és ennek kapcsán az egészségügyi államigazgatási szervnek teljesítendő bejelentésre vonatkozó eljárás részletes szabályait,

b) a munkavállalók fizikai tényezők (elektromágneses terek) hatásából keletkező kockázatoknak való expozíciójára vonatkozó egészségügyi és biztonsági minimumkövetelményeket, és ennek kapcsán az egészségügyi államigazgatási szervnek teljesítendő bejelentésre vonatkozó eljárás részletes szabályait, és a kockázatértékelés elkészítéséhez szükséges képesítés feltételeit,” *(rendeletben állapítsa meg.)* Hatályát veszti az Ehi. 14/B. § (2) bekezdése.”

- *Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény az alábbiak szerint:*

A törvény 35/C. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „(3) Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás

a) tartalmazza a felhasználó természetes személyazonosító adatait, lakcímét,

b) tartalmazza az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásában szereplő EESZT felhasználó esetén annak alapnyilvántartási számát,

c) tartalmazhatja a felhasználó e-mail címét, telefonszámát,

d) tartalmazza a felhasználó számára megállapított jogosultságokat.

Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásában szereplő felhasználók *a)* és *b)* pont szerinti adatait az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásából veszi át.”

A törvény 38. § (2) bekezdése a következő *w)* ponttal egészül ki: *(Felhatalmazást kap a miniszter, hogy) „w)* a láttelel tartalmi és formai követelményeit, kiadásának rendjét” *(rendeletben állapítsa meg.)*

A törvény 19. § (1) bekezdésében az „és az irányítása alá tartozó országos szervek és intézetek,” szövegrész helyébe az „és az irányítása alá tartozó országos intézet,” szöveg, *b)* 23. § (1) bekezdésében az „a megismerni kívánt egészségügyi és személyazonosító adatokat” szövegrész helyébe az „a megismerni kívánt egészségügyi és személyazonosító adatokat, ideértve azon adatokat is, amelyek az egészségügyi szolgáltató által felvett láttelel alapján állnak rendelkezésre” szöveg lép.”

A Kormány 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet

A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről

Megjelent: MK 2016. évi 188. szám

A jogszabály új szabályozásként rendezi a témakört.

A szabályozás az alábbi kérdéseket taglalja:

- A kormányhivatal és a járási hivatal szakmai irányításának szabályai, az alábbiak szerint:

„A népegészségügyi feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal (a továbbiakban: kormányhivatal) népegészségügyi feladatköreivel összefüggésben

az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (a továbbiakban: Áht.) 9. § *f)-i)* pontjában meghatározott, valamint a törvényességi és szakszerűségi ellenőrzési hatásköröket az egészségügyért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) gyakorolja. A miniszter hatáskörei gyakorlásához szükséges döntések szakmai előkészítésében az országos tisztifőorvos közreműködik.

A kormányhivatal munkavédelmi és munkaügyi feladatköreinek gyakorlásával összefüggésben ellátott munkaegészségügyi feladatai tekintetében – a munkavédelmi hatósági hatáskörben gyakorolt munkaegészségügyi feladat- és hatáskörök kivételével - az Áht. 9. § *h)* és *i)* pontja szerinti hatáskörök gyakorlására a miniszter jogosult. A miniszter hatáskörei gyakorlásához szükséges döntések szakmai előkészítésében az országos tisztifőorvos közreműködik.

A miniszter szakmai irányítása keretében a kormányhivatalok és a kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatalai (a továbbiakban: járási hivatal)

- a)* végrehajtják a miniszter által kiadott ellenőrzési és mintavételi terveket,
- b)* közreműködnek a szakmai sajtómegjelenéssel kapcsolatos feladatok ellátásában,
- c)* az elvégzett feladataikról közvetlenül - a járási hivatal esetében a kormány megbízott útján - tájékoztatják a minisztert.

A kormányhivatalok és a járási hivatalok

- a)* részt vesznek az országos tisztifőorvos által szervezett képzéseken, valamint az ahhoz kapcsolódó vizsgákon,
- b)* az országos adatbázisok kialakítása és fenntartása érdekében adatgyűjtést végeznek, nyilvántartást vezetnek,
- c)* a hatáskörükbe tartozó feladatokat a miniszter által vezetett minisztérium szakmai informatikai rendszerin keresztül látják el,
- d)* a szakmai feladatellátás során az országos tisztifőorvos által kiadott szakmai eljárásrendeknek, útmutatóknak és elvi állásfoglalásoknak megfelelően,

valamint a kiadott iratminták alapján végzik az ellenőrzéseiket és szakmai tevékenységüket,
e) részt vesznek az országos tisztifőorvos által szervezett értekezleteken, működtetett szakmai munkacsoportokban.”

- *A kormányhivatal népegészségügyi feladatai*
- *A járási hivatal népegészségügyi feladatai*
- *Az Országos Közegészségügyi Intézet népegészségügyi feladatai az alábbiak szerint:*

„Az Országos Közegészségügyi Intézet

1. klinikai mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatot végez, speciális, járványügyi jelentőséggel rendelkező területeken diagnosztikai háttérrel biztosít,
2. a baktériumok, vírusok és paraziták okozta zoonózisok és vektorok által terjesztett megbetegedéseket azonosítja,
3. végzi a kórokozók molekuláris epidemiológiai vizsgálatát és az antibiotikum rezisztencia surveillance tevékenységet,
4. minőségellenőrző országos körvizsgálatot szervez,
5. nemzeti kórokozó törzsbankot, valamint tipizáló, referencia savóbankot tart fenn,
6. országos járványügyi referencia és BSL 3-4 laboratóriumot működtet, különös tekintettel a járványt okozó és bioterrorizmusra alkalmas veszélyes kórokozókra, ezen kórokozók diagnosztikai képességének fenntartására,
7. végzi a kórokozók kimutatásához szükséges módszerek, tesztek, vészhelyzeti oltóanyagok fejlesztését, oltóanyag-ellenőrzéssel kapcsolatos laboratóriumi feladatok ellátását, immunbiológiai készítmények forgalomba hozatal előtti laboratóriumi bevizsgálását,
8. hazai járványügyi surveillance központként nemzetközi képviselőt lát el,
9. vizsgálja a környezettoxikológiai szempontból jelentős kockázatú környezeti szennyezőket,
10. vizsgálja az egészségkockázatot jelentő bel- és kültéri kémiai és biológiai levegő szennyezőket, irányítja az aerobiológiai hálózatot, levegő mintavevő egységeket tart fenn és üzemeltet,

11. méri, vizsgálja az ivóvizet, az ivóvízzel érintkező anyagokat, fürdővizet, minden szennyezőre kiterjedő közegészségügyi biztonsági laboratóriumot üzemeltet,
12. talajhigiénés tevékenységet lát el, vizsgálja és méri a talajszennyezőket, méri a talajkezelő anyagok hatását, egészségügyi szempontból vizsgálja a hulladékokat, különös tekintettel az egészségügyben keletkező hulladékokra,
13. vizsgálatokat végez a radioaktív hulladékok biztonságos tárolásának és elhelyezésének érdekében, honvédelmi és polgári védelmi feladatok végrehajtásában közreműködik,
14. vizsgálja és méri a lakossági, foglalkozási, orvosi, civilizációs és környezeti sugárterhelést és ésszerű csökkentésének lehetőségeit, vizsgálja és nyomon követi a természetben található radioaktív anyagok felhasználását, továbbá azok bedúsulását eredményező ipari folyamatokat; ellenőrző méréseket végez a felszíni vizek magyarországi szakaszain, ha azok lakossági ivóvízként vagy az élelmiszergyártás során technológiai vízként kerülnek hasznosításra,
15. az ország egész területén végzi a nem-ionizáló sugárzás lakossági és munkahelyi expozícióinak mérését,
16. nyomon követi a szabadban a természetes külső sugárterhelés alakulását és ennek érdekében országos lefedettségű környezeti termolumineszcens dozimetriai (TLD) hálózatot működtet,
17. foglalkozás-egészségügyi alap- és szakellátási tevékenységet végez, melynek keretében járóbetegszakrendeléseket működtet,
18. végzi a behívott, illetve foglalkozási betegség gyanújával beutalt betegek szakvizsgálatát és ellátását, bejelenti a foglalkozási megbetegedéseket és elbírálja a megbetegedések foglalkozási eredetét, valamint a fokozott expozíciós eseteket, végzi a bejelentésekkel kapcsolatos adminisztratív feladatokat, a foglalkozási betegségeket véleményező bizottságokat működteti,
19. végzi a jogszabályban meghatározott munkaköri alkalmassági vizsgálatokat, és kezdeményezi az ehhez szükséges szakorvosi vizsgálatokat, továbbá ellátja a szakmai és személyi higiénés alkalmasság

- orvosi vizsgálatával és véleményezésével kapcsolatosan a jogszabály által hatáskörébe utalt feladatokat és elbírálja az egészségügyi dolgozók egészségi alkalmasságát első és másodfokon, továbbá végzi másodfokon a tanulók beiskolázás előtti szakmai orvosi alkalmassági vizsgálatát,
- 20.II. fokú és soron kívüli munkapszichológiai alkalmassági vizsgálatokat végez,
- 21.ellátja a kézi lőfegyverek, lőszeres, gáz- és riasztófegyverek megszerzésének és tartásának egészségi alkalmassági elbírálásával kapcsolatos foglalkozás-egészségügyi orvosi feladatokat,
- 22.ellátja a munkahigiéne és foglalkozás-egészségügy területén a munkahelyi expozíciós vizsgálatokhoz tartozó referencialaboratóriumi funkciókat (kémiai vizsgálatok, mérések végzése, véleményezése, minőségbiztosítása),
- 23.ellátja a túlnyomásos munkahelyen foglalkoztatottak orvosi alkalmassági vizsgálatával kapcsolatosan jogszabály által hatáskörébe utalt feladatokat,
- 24.az egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjainak foglalkozási betegsége, fokozott expozíciós esete szolgálattal összefüggő jellegének megállapításához, minősítéséhez jogszabály alapján véleményt ad,
- 25.működteti a hajózási egészségi alkalmasság másodfokú vizsgálatát végző bizottságot,
- 26.végzi a dolgozók, munkahelyek, munkafolyamatok zaj- és rezgésterhelésének mérését, kockázatbecslését,
- 27.végzi a környezeti és közlekedési zaj és környezeti rezgés vizsgálatát,
- 28.végzi a környezeti és munkahelyi infra- és ultrahangméréseket,
- 29.végzi a munkahelyek és a szabadtéri megvilágítás vizsgálatát,
- 30.vizsgáló laboratóriumot működtet, melynek keretében monitorozza a munkahelyi és környezeti tényezőket, a vegyi anyagok és metabolitjaik minőségi azonosítását és mennyiségi meghatározását végzi,
- 31.ellátja a munkaegészségügyi ellátásban előforduló analitikai kémiai vizsgálatokra vonatkozó ellenőrző és módszertani kutató-fejlesztő tevékenységet,
- 32.ellátja az azbeszt- és rostmérési és szakvéleményezési feladatokat,
- 33.végzi a célzott vastagbéliszűrési székletvér kimutatását, melynek érdekében központi laboratóriumot működtet,
- 34.bio-dozimetriai eljárásokkal felméri a sugársérült személyek által elszenvedett sugárdózisokat,
- 35.elvégzi az új orvosi röntgenberendezések alkalmazás előtti átvételi vizsgálatát, valamint a radioaktív anyagot tartalmazó, vagy ionizáló és nem-ionizáló sugárzást kibocsátó berendezések, készülékek és védőeszközök vizsgálatát,
- 36.az európai uniós projektekkel kapcsolatos feladatok ellátásában részt vesz,
- 37.ellátja az egészségügyi alapellátás és egészségfejlesztés - ennek részeként a szervezett lakossági szűrések - területi szintű tervezési, monitoring, koordinációs és szervezési feladatait, melynek keretében biztosítja a lakosság egyenlő hozzáférését az ellátásokhoz és egészségfejlesztő szolgáltatásokhoz,
- 38.ellátja a populációs szintű primer prevenció szolgáltatásokat, monitorozza és elemzi a lakosság egészségi állapotának és az azt befolyásoló kockázati tényezőknek az alakulását, valamint javaslatot tesz az egészségkockázatok csökkentésére irányuló intézkedésekre, programokra,
- 39.végzi a felnőtt és gyermek lakosság számára az egészségfejlesztési és közegészségügyi kommunikációt, felkészíti a lakosságot az egészséget veszélyeztető ártalmakra, felhívja a figyelmet az egészséget fejlesztő öngondoskodásra, elősegíti az egészséges és biztonságos életkörülmények, életmód kialakítását.”
- *Az egészségügyi államigazgatási szerv kijelölése főbb feladatai az alábbiak szerint:*
- „A Kormány egészségügyi államigazgatási szervként - ha kormányrendelet ettől eltérően nem rendelkezik - a járási hivatalt jelöli ki.

A Kormány egészségügyi államigazgatási szervként az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 15. § (1)-(3a), (7) és (8a) bekezdése alkalmazásában az érintett lakóhelye, tartózkodási helye, munkahelye vagy a megbetegedés helye szerint illetékes járási hivatalt jelöli ki.

Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 23. § (1) bekezdésének alkalmazása során egészségügyi államigazgatási szervként az egészségügyi dolgozó lakóhelye vagy az egészségügyi szolgáltató telephelye szerint illetékes járási hivatal jár el.

A szolgáltatási tevékenység megkezdésének és folytatásának általános szabályairól szóló 2009. évi LXXVI. törvény szerinti, a szolgáltatás felügyeletét ellátó hatóságként a járási hivatal és a kormányhivatal jár el a gyógyászati segédeszköz-forgalmazási tevékenység tekintetében.

Az országos tisztifőorvos kijelöli a mikrobiológiai referencia laboratóriumokat, valamint a járványügyi feladatok ellátására kijelölt laboratóriumokat. Ha a kijelölés érinti a kormányhivatalt, a kijelöléshez a közigazgatás-szervezésért felelős miniszter egyetértése szükséges.

Az országos tisztifőorvos munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi szervként részt vesz

- a) a munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi tevékenységgel összefüggő kormányzati döntések, stratégiák megalapozásában, ezzel kapcsolatos felmérésekben,
- b) a környezeti (munkakörnyezeti) és biológiai monitorozás módszertanának kialakításában és fejlesztésében,
- c) az európai uniós tagállami működéssel kapcsolatos, jogharmonizációs, továbbá az Európai Unió döntéshozatali folyamataiban a munkahigiéné, valamint a foglalkozás-egészségügy területén,
- d) a munkaegészségügyi vonatkozású hazai és európai uniós programok végrehajtásával kapcsolatos feladatok megoldásában,

e) a munkaegészségüggyel foglalkozó hazai és nemzetközi szervezetek tevékenységében.

- **Hatósági eljárás, illetékesség**

„Ha jogszabály eltérően nem rendelkezik, a nép-egészségügyi feladatkörbe tartozó közigazgatási hatósági ügyekben az elsőfokú eljárás a járási hivatal hatáskörébe tartozik.

A másodfokú eljárás

- a) ha első fokon a járási hivatal járt el, a kormányhivatal,
- b) ha első fokon a kormányhivatal vagy - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - országos intézet járt el, és törvény az elsőfokú döntéssel szemben fellebbezés benyújtását lehetővé teszi, az országos tisztifőorvos hatáskörébe tartozik.

Helyszíni ellenőrzésre fényképes igazolvánnyal ellátott kormánytisztviselő, állami tisztviselő jogosult.

A közigazgatási hatósági eljárásban felmerülő mintavételi, laboratóriumi, illetve egyéb műszeres vizsgálatok költségei, továbbá az eljárás során a tényállás tisztázásakor felmerült személyi és dologi költségek - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában - egyéb eljárási költségnek minősülnek. A felszámítható költségek mértékét jogszabály határozza meg.”

- **A közigazgatási hatósági eljárásokban vizsgálandó szakkérdések köre és közreműködő szakhatóságok kijelölése**

A rendelet 2017. április 1-jén lép hatályba.

A Kormány 378/2016. (XII. 2.) Korm. rendelete

Egyes központi hivatalok és költségvetési szervi formában működő minisztériumi háttérintézmények felülvizsgálatával összefüggő jogutódlásáról, valamint egyes közfeladatok átvétele

Megjelent: MK 2016. évi 187. szám

A jogszabály új szabályozásként rendezi a témakört.

Főbb rendelkezései:

Jogelőd szerv: a központi hivatalok és a költségvetési szervek formájában működő minisztériumi háttérintézmények felülvizsgálatával kapcsolatos intézkedésekről szóló 1312/2016. (VI. 13.) Korm. határozatban (a továbbiakban: kormányhatározat) meghatározott, megszűnő költségvetési szerv;

Jogutód szerv: a jogelőd szervnek az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (a továbbiakban: Áht.) szerinti, jogszabályban meghatározott jogutódja, illetve a jogelőd szerv feladatait jogszabály alapján átvevő, jogszabályban meghatározott szerv vagy szervezet.

A jogutódlás kiterjed különösen

- a) a vagyoni jogokra és kötelezettségekre,
- b) az átvételre kerülő feladatok ellátásához szükséges ingó és ingatlan eszközállományra,
- c) a feladatokat ellátó kormánytisztviselők, kormányzati ügykezelők, illetve munkavállalók feletti munkáltatói jogok gyakorlására és kötelezettségek teljesítésére, valamint kormányzati szolgálati jogviszonyokra vagy munkaviszonyokra,
- d) az átvételre kerülő feladatokhoz kapcsolódó központi költségvetési források felhasználására.

A jogutódlás kiterjed az átvételre kerülő feladat- és hatáskörök tekintetében az ellátásukhoz kapcsolódó egyéb feladatokra, jogosultságokra és kötelezettségekre, továbbá valamennyi, az átvételre kerülő feladat ellátását szolgáló jogviszonyra és a feladat ellátása során keletkezett iratanyagra.

Az átvételre kerülő feladatok ellátásához kapcsolódóan a feladatot ellátó foglalkoztatottak tekintetében a munkáltatói jogok gyakorlója és a kötelezettségek teljesítője az adott feladat tekintetében jogutód szerv vezetője. Az átvételre kerülő feladathoz kapcsolódó jogviszonyok alatt minden jog és kötelezettség, valamint az átvételre kerülő feladathoz tartozó létszám is értendő.

A jogutód szervnél továbbfoglalkoztatott személyek

munkáltatói kölcsönei vonatkozásában a jogutód szerv a jogelőd szerv jogutódja.

A közigazgatási döntés bírósági felülvizsgálatára irányuló 2016. december 31. napján folyamatban lévő eljárásban, valamint a közigazgatási döntéssel kapcsolatban a Kúria előtt 2016. december 31. napján folyamatban lévő felülvizsgálati eljárásban, továbbá közigazgatási nemperes eljárásban, a jogelőd szerv helyébe az a szerv lép, amely a jogutódlást követően

- a) másodfokon,
- b) ennek hiányában - ha az adott hatósági ügyben nincs helye fellebbezésnek - első fokon hatáskörrel és illetékességgel rendelkezik az eljárás tárgyát képező közigazgatási döntés meghozatalára.

A 2016. december 31. napján folyamatban lévő azon polgári peres eljárásokban, amelynek tárgya államigazgatási jogkörben okozott kár megtérítése, a jogelőd szerv helyébe az a szerv lép, amely

- a) másodfokon,
- b) ennek hiányában - ha az érintett ügyben nincs helye fellebbezésnek -, vagy ha másodfokú döntés meghozatalára nem került sor, első fokon hatáskörrel és illetékességgel rendelkezik az eljárással érintett közigazgatási döntés meghozatalára.

A minisztériumba kerülő feladatok vonatkozásában

- a) a munkavégzéshez szükséges tárgyi eszközökhöz - ide nem értve az informatikai-telekommunikációs eszközöket - kapcsolódó vagyonezelői jogok és kötelezettségek, valamint
- b) a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóságról szóló 250/2014. (X. 2.) Korm. rendelet 3. § (1) bekezdés a) pontja szerinti ellátási feladatok tekintetében a jogelőd szerv jogutódja a KEF.

(2) A minisztériumba kerülő feladatok vonatkozásában a munkavégzést szolgáló, a központosított informatikai és elektronikus hírközlési szolgáltatásokról szóló 309/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 309/2011. Korm. rendelet) 1. mellékletében szereplő ellátási szolgáltatások nyújtásához szüksé-

ges informatikai-telekommunikációs eszközökhöz kapcsolódó vagyoni jogok és kötelezettségek a jogelőd szervtől a NISZ Nemzeti Infokommunikációs és Szolgáltató Zártkörűen Működő Részvénytársaságra (a továbbiakban: NISZ) szállnak át.

kivételével - tekintetében jogutód az Országos Közegészségügyi Intézet.

Az OTH praxisprogramokkal kapcsolatos feladatai tekintetében az ÁEEK a jogutód.

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megszüntetése kapcsán:

Az OTH-nak a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendeletben megjelölt feladat- és hatáskörei, valamint az azokhoz kapcsolódó jogviszonyai tekintetében a közfeladat átvevője a BFKH, illetve a megyei kormányhivatalok.

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH) 2017. március 31. napjával az Áht. 11. § (3b) bekezdés b) pontja alapján beolvadásos különválás útján jogutódlással megszűnik.

Az OTH általános jogutódja - a (3)-(5) bekezdésben meghatározott feladatok kivételével - az Emberi Erőforrások Minisztériuma.

A jogutódlásra irányadó határnap 2017. március 31-e.

Az OTH

- a) európai uniós projektjei megvalósításával és az e feladat menedzsmentjével kapcsolatos feladatai, továbbá
- b) a munkaegészségügyi feladatai - a stratégiai és módszertani jellegű munkaegészségügyi feladatok

Referálók:

Dr. Kornis Pál

Dr. Lesfalvi Tibor

XVI. cikk (3) *“Mindен munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez... .. testi, lelki egészséghez”*

XIV. cikk (2) *“E jog érvényesülését Magyarország a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás, a sportolás és rendszeres testedzés, valamint a természetes és épített környezetének biztosításával segíti elő.”*

Magyarország Alaptörvénye

2084/2009. számú munkaügyi elvi határozat

- I. **A munkáltató megtérítési kötelezettségének szempontjából a munkáltató megbízottjának minősül a munkatárs (1997. évi LXXXIII. tv. 67. §).**
- II. **A baleset okán a ténylegesen felmerült összeget kell megtéríteni [1997. évi LXXXIII. tv. 68/A. § (1) bek.].**
- III. **Az alperesi eljárási határidő mulasztás nem eredményezhet kamatcsökkenést vagy kamatmentességet.**

B. H. É. a felperes cég munkavállalója 2006. május 3-án munkabalesetet szenvedett akként, hogy munkakezdés előtt az egyik emeleti dohányzó helyiségbe tartva az ételszállító kerekés kézikocsit toló ételfutár - aki szintén a felperes dolgozója - a kézikocsival nekiütközött B. H. É. bal bokájának. A sérült tovább dolgozott napokig, majd 2006. május 21-étől szeptember 3-ig táppénzes állományba került. A munkáltató határozatával B. H. É. munkabalesetét üzemi balesetnek ismerte el.

A Megyei Egészségbiztosítási Pénztár fizetési meghagyásával a balesettel összefüggő egészségbiztosítási ellátás címén 142 234 forint és kamat címén 11 920 forint, mindösszesen 154 154 forint megtérítésére kötelezte a munkáltatót, hivatkozva a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) 67. §-ában és a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény (Mvt.) 40. § (1) bekezdés, 41. § (1) bekezdés és a 60. § (1) bekezdésében írt rendelkezésekre.

A fizetési meghagyást a kötelezett keresettel támadta meg a munkaügyi bíróság előtt, és annak hatályon kívül helyezését kérte, vitatva megtérítési kötelezettségét mind a jogalapot, mind az összegszerűséget illetően. Keresetében utalt arra, hogy a balesetet okozó személy nem a felperes megbízottja, hanem munkavállalója volt, így csak szándékos magatartás esetén terhelné megtérítési kötelezettség - a jelen esetben pedig figyelmetlenségnek, vagyis gondatlan magatartásnak volt következménye a baleset, munkavédelmi szabályok megsértése nem történt, a munkáltató vétkessége nem állapítható meg. Az összegszerűséget is vitatta azzal, hogy a sérült a baleset után 2 hétig még munkát végzett, ez okozhatta ezután a hosszú gyógytáppénzes állományt eredményezhetett volna az azonnali orvoshihoz fordulás, akkor milyen hosszú táppénzes állományt eredményezhetett volna az azonnali orvosi beavatkozás. Sérrelmezte a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (R.) 49. § (4) bekezdésében írt rendelkezés megszegését az alperes részéről azzal, hogy a késelem miatt a kamatfizetési kötelezettség nem terhelheti.

Az alperes a kereset elutasítását kérte, fenntartva a fizetési meghagyásban megjelölt ténybeli és jogi indokait, kiemelve a kamat követelesére vonatkozóan az Ebtv. 68/A. §-ának (2) és (3) bekezdésében írt rendelkezéseket.

A munkaügyi bíróság ítéletével az alperes fizetési meghagyását hatályon kívül helyezte, és kötelezte az alperest a felperes javára perköltség megfizetésére.

¹Rovatvezető: Dr. Kornis Pál – OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: kornis@omfi.hu

Ítéletének indokolásában a munkaügyi bíróság idézte az Ebtv. 67. §-ában írt rendelkezést és megállapította, hogy a baleset a „véletlennek köszönhető”, hiszen a felperes munkavállalója az emeleti helyiségbe indult dohányozni és az egyik lábával már fel is lépett a lépcsőre, a másik lába pedig még lent volt a talajon, amikor is az ott tartózkodó ételfutár véletlenül odatolta a kézikocsit, amely bal bokasérülést eredményezett. A felperes munkavállalója is azt vallotta, hogy mindez egy szerencsétlen véletlen volt. A munkaügyi bíróság megállapította azt is, hogy a jelen esetben nem a munkáltató, vagy annak megbízottja, hanem a munkáltató alkalmazottja okozta a balesetet, azonban részéről nem szándékosság történt, hiszen egy figyelmetlenségből adódó szerencsétlen véletlen volt, hogy ez a sérülés bekövetkezett. A bíróság megítélése szerint a jogszabály nem véletlenül alkalmazza a felelősség két alakzatát, és nem véletlenül különböztet a munkáltató megbízottja, illetve alkalmazottjának felelőssége között. Az is megállapítható volt, hogy elegendő hely állt rendelkezésre az ételszállító kézikocsik mozgatásához, a sérülés olyan helyen történt, amit rendeltetésénél fogva a kézikocsik közlekedésére alakítottak ki, és a folyosó megvilágítása is megfelelő volt. Tény, hogy a munkabaleseti jegyzőkönyvben azt jegyezték fel, hogy a soron következő oktatáson ismételtén oktatni kell a kézi anyagmozgatás szabályait, azonban szabályszegés, kötelezettség-szegés bizonyítékául önmagában ez a bejegyzés nem szolgálhat, ilyen munkahelyi sérülések bekövetkezésekor ugyanis a munkáltatónak jogszabályi kötelezettsége a preventív intézkedések megtétele. Figyelembe vette a munkaügyi bíróság azt is, hogy a sérült csak a baleset bekövetkezését követő 2 hét eltelté után jelezte munkáltatója felé az üzemi baleset bekövetkeztét, nem tudta megnevezni az ételszállítót és így elzárta a munkáltatót attól a lehetőségtől, hogy a tényállást teljes mértékben fel tudja deríteni. Mindezekből a munkaügyi bíróság azt a következtetést vonta le, hogy a munkáltató

részéről munkavédelmi szabályszegés nem történt, ezért a fizetési meghagyást hatályon kívül helyezte azzal, hogy nem osztotta a felperesnek egyébként a kamat és az R. 49. §-ában írt rendelkezésének összefüggésével kapcsolatos előadását, kérelmét.

A munkaügyi bíróság ítélete ellen az alperes a Pp. 270. § (2) bekezdése alapján jogszabálysértésre hivatkozással felülvizsgálati kérelemmel élt. Álláspontja szerint megsértette a munkaügyi bíróság az Ebtv. 67. §-át, valamint az Mvt. 40. §, 41. § és 60. §-ának rendelkezéseit, továbbá a Pp. 164. § és 206. § (1) bekezdésében írtakat.

A felülvizsgálati kérelemben kifejtett alperesi álláspont szerint tévesen értelmezte a munkaügyi bíróság az Ebtv. 67. §-át, ami ellentétben áll az eddig kialakított bírói gyakorlattal, így a Legfelsőbb Bíróság Mfv. K. III. 10.455/2007/7. számú eseti döntésében kifejtettekkel is (BH 2004/206.). Az alperes felülvizsgálati kérelmében hivatkozott arra, hogy a munkáltató megbízottjának minősült a balesetet okozó, mert a munkabaleset tekintetében mind-egyik személy, aki munkaműveletben részt vesz, a munkáltató megbízottja, tehát a felperes megtérítési kötelezettsége szempontjából a munkatársának magatartásáért felelősséggel tartozik, hiszen az ő érdekkörében járt el. Sérelmezte az alperes azt is, hogy a sérült késlekedése, ezzel kapcsolatban felperesi oldalról felmerült bizonyítási nehézségeket az alperes terhére értékelte a bíróság, valamint azt is, hogy nem értékelte kellően a rendelkezésre álló adatokat, és így munkavédelmi szabály megszegését nem állapított meg a felperes terhére, jóllehet a perbeli időben kifejezetten szervezetlenül folyt a munka, hiszen maga a sérült nyilatkozta azt, hogy az ételszállító kocsik feltornyosultak, nagy volt a tumultus, és ez önmagában balesetveszélyt eredményezett, ezen túlmenően a balesetet okozó személy munkavédelmi oktatásban részesülésének tényét is feltételezésre alapította a bíróság. A felperes felülvizsgálati ellenkérelmében a jog-

erős ítélet hatályában való fenntartását kérte. A felülvizsgálati kérelem alapos.

Az Ebtv. 67. § (1) bekezdése kimondja, hogy a foglalkoztató köteles megtéríteni az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedések miatt felmerült egészségbiztosítási ellátást, ha a baleset vagy megbetegedés annak a következménye, hogy ő vagy megbízottja a reá nézve kötelező munkavédelmi szabályokban foglalt kötelezettségének nem tett eleget, illetőleg ha ő vagy alkalmazottja a balesetet szándékosan idézte elő.

Tévesen értelmezte a munkaügyi bíróság azt, hogy az ételhordó kocsit mozgató munkatárs - aki szintén a felperes alkalmazottja - nem minősül a munkáltató megbízottjának és a megtérítési kötelezettsége a felperesnek csak akkor lett volna megállapítható, ha szándékos magatartásával idézi elő a balesetet. Töretlen bírói gyakorlat, több legfelsőbb bírósági eseti döntésben, azok iránymutató indokolásában, így az alperes által helyesen hivatkozott BH 2004/206. és a BH 1988/90. számú eseti döntéseiben is rámutatott a Legfelsőbb Bíróság arra, hogy a munkát végző munkatárs megtérítési kötelezettség szempontjából a munkáltató megbízottjának minősül. Ekként az így sérülést okozó munkatárs - amennyiben munkavédelmi szabályt sértett - által okozott baleset a munkáltató megtérítési kötelezettségét vonja maga után.

Vizsgálva a sérülést okozó kézikocsit toló munkatárs magatartását, megállapítható volt, hogy az ételhordó kocsit - jóllehet elegendő hely állt rendelkezésére - nem megfelelő módon mozgatta, ezzel megsértette az Mvt. 40. § (1) bekezdését, hiszen a munkafolyamatot, szállítást akként végezte, hogy ezzel a hatókörében tartózkodó munkatársának egészségét veszélyeztette, illetve az Mvt. 41. § (1) bekezdése szerinti termékmozgatás közben a kellő gondosságot elmulasztotta, vagyis figyelmen

kívül hagyta a mozgatott kocsi tulajdonságát, hogy azok kerekei mozognak, elfordulnak, nem megfelelő erejű kormányzás mellett sérülést okozhatnak.

A sérült azon magatartását, hogy későn jelezte a baleset bekövetkeztét, a jelen jogviszony alanyai vonatkozásában az alperes terhére értékelni nem lehet. Egyébként pedig a felperes társadalombiztosítási kifizetőhely, a belső vizsgálat után a bekövetkezett balesetet határozatával üzeminek minősítette, így e körben ebben a perben ennek vizsgálata nem képezheti az eljárás tárgyát, illetve más álláspont kialakítására nincs mód.

A megtérítendő összeg, illetve táppénzes állomány időtartamát illetően a Legfelsőbb Bíróság az Ebtv. 68/A. § (1) bekezdésének első fordulatóban írtakra utal. E szerint az Ebtv. 67-68. §-ok alapján megtérítésre kötelezett a ténylegesen megállapított és folyósított egészségbiztosítási ellátásért, valamint az egészségbiztosítás keretében igénybe vett finanszírozott egészségügyi szolgáltatásért felelős. Baleset okán tehát a ténylegesen felmerült összeget kell megtérítenie a felperesnek, hiszen az alperesnek a balesettel összefüggésben felmerült és kifizetett költsége a per tárgya, a két peres fél jogviszonyát illetően.

A kamattal kapcsolatban kifejtett munkaügyi bírósági álláspont helytálló. Nem vitás, hogy az R. 49. § (1) bekezdés alapján köteles az alperes a kamatot megfizetni. Az R. 49. § (1) bekezdése akként rendelkezett 2006. január 1-jéig, hogy az Ebtv. 68/A. § (2) bekezdésében említett kamatot a pénzbeli ellátás, illetőleg a baleseti táppénz folyósításának napjától egészségügyi szolgáltatás esetén a finanszírozott összeg átutalásának időpontjától kell felszámítani a határozathozatalkor irányadó mértékben. A 330/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet 15. §-a iktatta be 2006. január 1-jétől a 49. § (4) bekezdését, amely rendelkezik a 90 napos eljárási határidőről. Ezen

jogszabály azonban az (1)-(3) bekezdésig a kamatra, a (4) bekezdés eljárási határidőre - amelynek szankciója nem kamatmentesség - az (5) bekezdés pedig illetékességi szabályra vonatkozó rendelkezést tartalmaz. Ezért annak a jogkövetkezményét a fenti szabályozásból levonni, hogy kamatfizetési kötelezettsége a felperesnek nem áll fenn, téves.

Mindezen indokokra figyelemmel a Legfelsőbb Bíróság a munkaügyi bíróság ítéletét hatályon kívül helyezte, és a felperes keresetét elutasította a Pp. 275. § (4) bekezdése alapján. (Legf. Bír. Mfv. III. 10.023/2009.)

Dr. Kornis Pál

Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat
NFSZ

Nemzeti Munkaügyi Hivatal

ÚJ SZÉCHENYI TERV

Munkavédelem

TÁMOP-2.4.8-12/1-2012-0001
A MUNKAHELYI EGÉSZSÉG ÉS BIZTONSÁG FEJLESZTÉSE, A MUNKAÜGYI ELLENŐRZÉS FEJLESZTÉSE

Nemzeti Munkaügyi Hivatal
1089 Budapest, Kálvária tér 7.
munka@lab.hu
www.munka.hu

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszechenyiterv.gov.hu
06 40 638 638

MAGYARORSZAG MEGÚJUL

A projektek az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A „Foglalkozás-egészségügy” folyóirat szerzői figyelmébe ajánljuk

(ún. szerkesztőségi előírások)

A Szerkesztőbizottság eredeti közlemények első közlésére ajánlja a „Foglalkozás-egészségügy” című szakfolyóiratot (kivéve: a külföldi szaklapokban megjelenő publikációk magyar nyelvű változatát). Kongresszusi előadások, továbbképzések, pályázati anyagok stb. átdolgozott, szerkesztett változatának közlésekor a lábjegyzetekben utalni kell az eredeti forráshelyre. Hasonló módon kell eljárni, ha másodközlésről van szó. A kéziratok elbírálásának a joga - a lektori vélemények figyelembe vételével - a Szerkesztőbizottságot illeti meg.

A kéziratok tartalmi követelményei:

- az eredeti közlemény a tudományos eredmények rövid összefoglalása, a foglalkozás-egészségügyben alkalmazott eljárások, kísérletes munkák eredményeinek bemutatása;
- a klasszikus összefoglaló referátum a nemzetközi szakirodalom eredményeit használja fel és veti össze a hazai tapasztalatokkal;
- irodalmi áttekintés (ún. referátumok), esetismertetések.

A kéziratok formai követelményei:

A kéziratokat magyar nyelven, az összefoglalót magyar és angol nyelven a kulcsszavak megjelölésével kérjük a Szerkesztőség címére (1450 Budapest, Postafiók 63, e-mail cím: titkarsag@omfi.hu) megküldeni szíveskedjék.

1. A közlemény terjedelme legfeljebb 10 gépelt oldal (32 sor, 62 leütés, maximum 20.000 karakter) lehet.

- A kéziratot A/4 méretű oldalakon, kinyomtatott példányban, valamint mágneslemezen/illetve e-mailen is el kell küldeni a szerkesztőség címére.
- A digitalizált formában leadott kéziratokkal kapcsolatos követelmények:
 - lehetőleg Word for Windows program, az ábráknál Excel 5.0 xlx formátumú alkalmazása,
 - a betűtípus lehetőleg Times New Roman, a betűméret 12 p legyen,
 - Word 97 alapbeállítások legyenek (margók 2,5 cm-esek, kötésben 0 cm, élőfej és élőláb 1,25 cm),
 - A szkennelt grafikus ábrázolások, fotók stb. legalább 300 dpi felbontásúak legyenek (.bmp, .pcx, .tif), ne legyen adatvesztéses fájl típusú (jpg, .gif).
 - 2009-től korlátozott számban színes ábrák közlésére is lehetőség van.

3. A közlemény felépítésére vonatkozó követelmények:

- Címoldal tartalmazza: a kézirat címét, a szerző(k) nevét, címét, munkahelyét, elérhetőségét (telefon/fax/e-mail).
- Összefoglalást magyar és angol nyelven a kulcsszavak megjelölésével (az Index Medicus Medical Subject Heading lista alapján megadott, a cikk tartalmára vonatkozó 3-5 kifejezés).
- A dolgozat tagolása világos szerkezetben: bevezetés, célkitűzések, anyag és módszer, eredmények, megbeszélés, következtetések, köszönetnyilvánítás, irodalomjegyzék, mellékletek (táblázatok, ábrák, fotók).
- A kézirat utolsó oldalán (külön lapon) tüntessék fel a kéziratához érkezett bármely észrevételt megválaszolva a szerző nevét, címét, e-mailen és telefonon történő elérhetőségét.
- A irodalmi hivatkozásokra vonatkozó előírások:

A legfontosabb hivatkozások a szövegben az előfordulás sorrendjében a mondat végén zárójelben (...) arab számmal jelölve; maximum 25 citátum; az irodalomjegyzékben dőlt betűkkel: szerző(k), az első három szerző nevének feltüntetésével, a folyóirat megjelölésével (folyóirat, könyv megnevezése, évszám, kötetszám, első és utolsó oldal) Pl.

 - 1) Goyer, R.A.: *Lead toxicity: current concerns. Environ. Health Perspect. 1993. 100: 177-187.*
 - 2) Talbott, E.O., Gibson, L.B., Burks, A. et al: *Evidence for a dose-response relationship between occupational noise and blood pressure. Arch. Environ. Health 1999, 54: 71-78.*
 - 3) Kertai, P. *Közegészségtan. Medicina. Budapest, 1982.*
 - 4) Ungváry Gy.: (szerk.) *Munkaegészségtan. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 2004.*
 - 5) Ungváry, Gy., Morváai, V.: *Munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése. In: Munkaegészségtan. 3. kiadás. Szerk. Ungváry Gy. és Morváai V. Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp, 2010. III. 3. 92-100.*
- Az ábrának nincs címe, a számozását és címét az ábra alatt kell feltüntetni kiegészítve az esetleges magyarázattal. Az ábrák és táblázatok helyét jelölje a kéziratban, minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban jpg. formátumban legyen elmentve.
- Helyesírási tudnivalók: Az MTA állásfoglalása szerint az orvosi szavak helyesírása a latinus írásmódot kövesse az Orvosi Helyesírási Szótár alapján. A kézírás magyar szövege az aktuális magyar helyesírás szabályait kövesse.
- Az útmutatóban megadott szempontok szerint beküldött kéziratokat elfogadásáról a lektori vélemények alapján a Szerkesztőbizottság dönt. A lektorok személye titkos.
- Az emberen végzett orvostudományi kutatások esetében szükséges az Egészségügyről szóló törvény, valamint a 23/2002. (V. 9.) Eü-i rendelet, és a hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti előírások betartása, továbbá a kutatásetikai engedély specifikációjának feltüntetése, ha az engedély kérése kötelező volt.
- Az egységes követelmények érvényesítése érdekében a szerkesztők fenntartják a stílárius javítás jogát is.

Szerkesztőbizottság

